

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ENFERMO TERMINAL

INTRODUCCION

La O.M.S. define los cuidados paliativos, C.P., como el cuidado activo y total de las enfermedades que NO tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal, conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente y sus familias .

En éste sentido se definen los objetivos de los C.P. basados en los principios éticos de la practica médica, curar, aliviar y consolar .

Históricamente y desde los años 70 del siglo XX, se viene asistiendo a una importante progresión en recursos y en la delimitación de su uso razonable. Definido claramente el concepto de enfermo terminal y de la integración del manejo de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales que aquel requiere, corresponde a la ética médica delimitar los cuidados mínimos .

Conceptos como Encarnizamiento terapéutico, Tratamiento inútil y Futilidad terapéutica han sido igualmente delimitados para evitar incurrir en una praxis inadecuada, siempre que esté bien, e individualmente, clasificado el enfermo como terminal .

Para poder acometer los, afortunadamente, bien definidos DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL, procede un análisis de los RECURSOS de que se dispone y de la demanda presente y potencial de ellos, claramente insuficientes .

Con un total de 208 dispositivos de U.C.P., la mitad de ellos domiciliarios y con distribución muy poco equitativa en el territorio nacional, parece claramente insuficiente. Se debe tener en cuenta que la mayor demanda de este tipo de Unidades corresponde a pacientes con cáncer. Se estima en una tasa de mortalidad anual por cáncer de 228 personas por cada cien mil habitantes, 90.900 personas año .

Lamentablemente y a pesar de los avances en Oncología, ésta cifra puede incluso aumentar en relación al patrón demográfico nacional, con mayor expectativa de vida y por la presencia de mayor número de enfermedades crónicas y/o degenerativas no on-

cológicas .

Para comenzar a tratar al paciente terminal lo primero que hay que tener en cuenta es lo que se entiende por paciente terminal , según la OMS , paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses).

Los enfermos terminales requieren por tanto unos cuidados muy continuos para esa sintomatología cambiante que no serán cuidados “intensivos” sino cuidados muy intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento , para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte.

Para hablar de paliativo tenemos que hablar de su antecesor que es la palabra inglesa “hospice” (hospicio en castellano), los hospices medievales no sólo tenían personas moribundas sino que eran peregrinos, forasteros, caminantes que necesitaban cubrir alguna necesidad fundamental para poder continuar , aunque algunos de estos murieran en estos hospices, precursores de los modernos .Jeanne Garnier a mediados del XIX utiliza la palabra “hospices” para denominar al cuidado de pacientes moribundos , funda las “Damas del Calvario “ en 1842 en LYON. Después fundan las” Hermanas Irlandesas de la caridad” el “Our Lady’s Hospice “ en Dublín y en 1905 se pone en marcha el “St.Joseph’s Hospice de Londres, pero es Cicely Saunders, en 1967, quien funda el “St. Crhistopher’s Hospice “ en Londres que da lugar al “movimiento Hospice “, siendo hoy día referencia obligada dentro del campo de los cuidados paliativos, con su enfoque holístico.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos son:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

Estos objetivos se llegaran a conseguir siempre que se actúe con:

- Una comunicación eficaz.
- Control de los síntomas.
- Apoyo a la familia.

No solo los pacientes afectados de Cáncer en situación terminal pueden beneficiarse de estos cuidados, sino también otras patologías como:

- *Patologías no neoplásicas, como las crónicas, progresivas e infecciosas:*
 - V.I.H. en fase final.
 - Insuficiencia Respiratoria Crónica.
 - Insuficiencia Cardíaca en fase terminal.
 - Cirrosis Hepática.
 - Insuficiencia Renal Crónica.
- *Patologías Neurológicas Degenerativas como:*
 - La Esclerosis Lateral Amiotrófica.
 - Esclerosis en Placas.
 - Demencias.

Este conjunto de enfermos presenta sintomatología física avanzada, alteraciones psicológicas y sociales, precisan apoyo espiritual. Sus familias precisan apoyo social, psicológico y espiritual en numerosas ocasiones.

Los profesionales de enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles momentos en los que se convierte en un paciente terminal y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

El sufrimiento que este proceso conlleva, no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para el control de los síntomas (administrando tratamiento médico), sino también para poder verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene (al hablarlas y sacarlas fuera, inician ya su mejoría). Uno de los mayores problemas de los pacientes es que los que les rodean, no les escuchan ni comparten con ellos sus preocupaciones.

Es imprescindible el abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente UNICO, es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía, y dedicación.

Los cuidados de enfermería deben ser realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria como la labor domiciliaria , para que el paciente pueda disfrutar en su entorno fuera del encorsetamiento administrativo y deshumanización hospitalaria.

En este entorno es el profesional de enfermería el que más tiempo permanece cuidando al paciente y a la familia y por lo tanto el que más conoce y puede aportar datos para su mejor control sintomatológico y atención psicológica.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

🐾 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LOS SÍNTOMAS DEL ENFERMO TERMINAL

Los problemas o síntomas que aparecen, tienen componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales, que deben identificarse. Cicely Saunders del St. Chistopher's Hospice de Londres, la pionera mundial en la atención a los pacientes con enfermedades en fase terminal, describió la relación entre todos ellos y su repercusión en lo que ella denomina "DOLOR TOTAL".

🐾 CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL DOLOR DEL PACIENTE TERMINAL

La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto mas continuo e intenso con el enfermo implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz. Debe ser capaz de responder profesionalmente ante el paciente, estar familiarizada con los tratamientos farmacológicos y otros métodos no invasivos para favorecer, y a veces, coordinar la actuación del equipo.

Los planes de cuidados son mecanismos para prestar atención individualizada y coherente, y garantizar la continuidad de los cuidados.

La actuación de enfermería ante el dolor debe estar protocolizada con una serie de pautas detalladas, aunque esto no debe impedir la flexibilidad, ya que el dolor es una experiencia subjetiva y cambiante (según concepto de "dolor total", definido por C. Saunders).

Actividades de enfermería:

- **Valorar el dolor del paciente:** si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo, es necesario hacer una valoración extensa del dolor tanto en cantidad como en cualidad como en la relación existente con factores psicológicos y sociales , e incluso

medioambientales, no porque el paciente tenga un dolor total ,este puede ser solo clasificado como dolor ,sino que necesita de una constante valoración para adecuar la dosis y los medios analgésicos pautados o por pautar.

- **No juzgar el dolor que el paciente** dice tener: McCaffery define el dolor como “lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”, siempre creer al enfermo. Dentro de las estadísticas sobre errores que cometen los profesionales al tratar el dolor , entre ellos el personal de enfermería , esta el no creer el dolor que tiene el paciente , juzgar en base a apreciaciones físicas o psicológicas (no esta tan avanzado como para tener ese dolor...).
- Administrar el analgésico prescrito por él medico, que se hará a horas fijas, no a demanda, los niveles en sangre del fármaco deben de ser lo más estables posibles para que el paciente no llegue a sentir dolor innecesariamente. Si aparece un episodio doloroso imprevisto, poner una dosis extra, entre dos dosis fijas, a esta actuación también se la denomina dosis rescate.. Evitar la desesperanza, reafirmando al paciente que si persiste el dolor siempre se le pondrá más medicación, o se usaran otras alternativas para que se le quite. Insistir que avise pronto cuando aparezca el dolor, (es más efectivo el analgésico sí se administra prontamente). Verificar que el paciente toma la medicación correctamente, por ejemplo, los comprimidos de sulfato de morfina (M.S.T.) enteros, sin aplastar o partir. Comprobar que las palomillas o agujas tipo mariposa (que se emplean para la administración de medicación subcutánea) están en buen estado, no dificultando la administración del fármaco correctamente.
- Se deben reconocer los efectos secundarios de los medicamentos y si aparecen, reforzar la información que el médico hubiera dado al paciente, de forma clara y comprensible.
- Iniciar conjuntamente el tratamiento farmacológico y las medidas generales.
- Utilización en cada caso de la vía adecuada para el fármaco, en cuidados paliativos la vía de elección es la vía oral seguida de la vía subcutánea y solamente utilizar en casos excepcionales la vía intravenosa, no se utilizará por tanto vías dolorosas como puede ser la intramuscular o invasivas como la vía espinal..
- Es preciso evitar el movimiento innecesario.
- Hacer que el enfermo adopte las posiciones mas adecuadas para evitar el dolor.
- Ayudar a colocarle cómodamente, sin tensiones musculares.

- Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión etc. Pero tener en cuenta que aunque estos síntomas estén controlados no significa que no aparezca el dolor.
- Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, pósters, plantas... estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa.
- Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, escribir, pasear etc. Estos métodos nunca serán por sí solos una alternativa a la medicación.
- Adoptar medidas complementarias si fuera preciso como: estimulación cutánea (calor, frío, masaje) y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, técnicas cognitivas – conductuales (relajación, hipnosis, refuerzo positivo, musicoterapia, imaginación dirigida, retroalimentación biológica etc.).
- Utilizar en casos determinados y bajo prescripción facultativa el método ENET.(estimulación eléctrica transcutánea)
- Realizar medidas cuantitativas del dolor a través de escalas cualitativas o cuantitativas (regla del uno al diez, o el sistema de caras)
- Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.
- Evaluar, documentar y registrar la evolución del paciente y la consecución de los resultados previstos.

El profesional de enfermería puede hacer mucho en el control del dolor, quizás no siempre se pueda aliviar, pero es importante estar ahí, escuchando al paciente, apoyándole, ayudándole a vivir dignamente hasta el momento de su muerte.

🦋 CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LOS SINTOMAS RESPIRATORIOS DEL PACIENTE TERMINAL

Los síntomas respiratorios tienen gran relevancia en la atención al paciente terminal y sin duda alguna al oncológico (cánceres de pulmón, y por metástasis colon – recto, mama y próstata). Son síntomas que suelen asociarse a ansiedad importante tanto para el paciente, como para la familia. Se produce una reacción en cadena que comienza con el paciente se trasmite a la familia y termina por contagiar la ansiedad al equipo lo

cual no hace más que reforzar la angustia del paciente y la magnitud del síntoma obteniendo mayor ineficacia respiratoria.

Por ello, el manejo terapéutico de los enfermos con síntomas respiratorios no debe reducirse solamente al tratamiento farmacológico, sino que debe incluir medidas encaminadas a reducir la angustia del paciente y de la familia. Como síntomas más importantes están la disnea, la tos, la hemoptisis.

LA DISNEA

Es la sensación subjetiva de dificultad respiratoria, que obliga al paciente a aumentar su ventilación, o bien, a disminuir su actividad física. Puede tener efectos objetivos en la respiración y en otras funciones vitales.

La valoración médica irá encaminada a conocer la etiología y tratar todos los problemas que sean reversibles (cardiológicos, broncoespasmos, anemia, etc.). Si la disnea es un proceso irreversible (obstrucción endobronquial por el tumor, pérdida de pulmón funcionante, linfangitis carcinomatosa, síndrome de vena cava superior tratado y en progresión, fibrosis postradioterapia), el tratamiento médico irá encaminado a disminuir la sensación subjetiva de ahogo (con Morfina) y a disminuir la ansiedad que la falta de aire produce (con Benzodiacepinas), que ocasiona un aumento de la disnea, creando un círculo que si no se llega a romper originará un mal manejo terapéutico, también son utilizados los corticoides, también caso de que la obstrucción sea tumoral para disminuir el tamaño del mismo..

Los cuidados de enfermería serán los siguientes:

- Ayudar al paciente en aquellas actividades que incrementen la disnea.
- Modificar hábitos que le produzcan disnea.
- Enseñar ejercicios respiratorios que puedan ser efectivos.
- Uso de humidificadores ambientales, (sobre todo si el paciente está inconsciente)
- Para hidratar las fosas nasales no usar cremas con base alcohólica (por riesgo de inhalación), cuando se use oxígeno.
- Insistir en que no se fume cerca del oxígeno, (el oxígeno en la mayoría de los casos es una medida paliativa para tranquilizar al paciente y a la familia , pues el origen no está en una mala saturación de oxígeno , sino en que su situación es terminal).
- Evitar el apoyo continuo de las gafas nasales en puntos concretos, que podrían provocar ulceraciones
- Cuidados de la boca si existe sequedad de mucosa (efecto secundario de la utilización de opiáceos).

En caso de crisis disneica:

- La primera medida será transmitir tranquilidad, confianza y control de la situación para disminuir el grado de ansiedad que pueda estar agravando el cuadro de disnea.
- Administrar tratamiento medico prescrito.
- No dejar al paciente solo.
- Mantener un ambiente tranquilo a su alrededor, evitando ruidos innecesarios.
- Buscar la posición más confortable para el paciente y que mejore su función respiratoria, normalmente sentado o semisentado que permite aprovechar un volumen pulmonar mayor y utilizar la musculatura accesoria de la respiración.
- Proporcionarle aire fresco en la cara, se piensa que la percepción de la dificultad respiratoria puede alterarse por mecanismos neurológicos mediante la estimulación de los receptores del nervio trigémino en la mejilla. También se cree que el paso de aire por la nariz puede aliviar la disnea, mediante estimulación adicional de otros receptores nerviosos localizados en la nasofaringe.
- Enseñar a la familia como controlar la situación y como tranquilizar al paciente.

Es importante usar técnicas de relajación, que disminuyan las tensiones y reduce los episodios de pánico que ocasiona la sensación de ahogo.

La relajación disminuye el consumo de oxígeno entre un 10% y un 20% y aumenta la actividad parasimpática, provocando un enlentecimiento del pulso y de la respiración.

TOS

La tos es un mecanismo protector caracterizado por una respiración súbita, expulsiva, cuya finalidad es eliminar materia extraña e irritante de las vías respiratorias.

Las causas más frecuentes de la tos crónica incluyen: las infecciones respiratorias, bronquitis crónicas, asma bronquial, reflujo gastro-esofágico, goteo postnasal, por rinitis o sinusitis y tratamientos con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bromuro de ipratropio, cromoglicato disódico. En el Cáncer de pulmón se asocia a una producción excesiva de moco, de secreción mucopurulenta o sangre si la tos es productiva, si es seca puede ser por irritación mecánica, por invasión endobronquial del tumor, derrame pleural o secundario a tratamiento quimio y radioterápico (fibrosis pulmonar).

Los cuidados de enfermería serán:

- Cuando la tos tiene una finalidad beneficiosa para eliminar el exceso de secreciones, no debe suprimirse.
- Cuando la tos es húmeda y el paciente en fase terminal no tienen capacidad para expectorar, las medidas necesarias para eliminar las secreciones (aspiración, drenaje postural,...) pueden ocasionar más perjuicios que beneficios, según sea el grado de deterioro del paciente.
- Explicar al enfermo y a la familia el motivo de la acumulación de secreciones y los métodos que facilitan su eliminación.
- Si el estado general del paciente lo permite y está poco hidratado, se aconsejara aumento de ingesta diaria a 2-3 litros/día.
- Si existen factores que puedan precipitar la tos se evitara (productos de limpieza irritantes, tabaco...).
- Mejorar la humedad ambiental con recipientes de agua (sobre todo si hay calefacción central), o uso de humidificadores comerciales de forma discontinua o métodos tradicionales para inhalar vapor.
- Administración de tratamientos médicos que irán encaminados a tratar la causa o si no puede ser tratada, instaurara fármacos que alivien la sintomatología: Dextrometorfano, Codeína, Dihidrocodeína, Sulfato de Morfina.
- Administrar aerosoles, solo con suero salino.
- Enseñar a toser de forma adecuada con medidas sencillas (la tos ineficaz provoca agotamiento y retención de secreciones): nunca toser en decúbito supino, elevar la cama en posición sentada, eliminar prendas constrictivas, indicar al enfermo que respire tres veces de manera breve para seguir con una inspiración profunda por nariz, expulsar el aire de golpe, contrayendo los músculos del abdomen con la boca abierta.
- Se enseñaran ejercicios respiratorios y la posición más adecuada para realizarlos (la posición de Fowler permite la máxima expansión del pecho y facilita la expulsión de las secreciones).
- Cuando la tos es irritativa se recomendara ejercicios respiratorios, tomar pequeñas dosis de agua y caramelos.

HEMOPTISIS

Se denomina hemoptisis a la expectoración de sangre procedente de la zona subglótica. Su intensidad puede ser variable, desde el esputo teñido de sangre a la emisión de sangre pura y en grandes cantidades (hemoptisis masiva: de 150- 200 cc de sangre por hora), habitualmente procedente del sistema arterial bronquial, que puede aparecer asociadas a otros síntomas, como tos, expectoración, dolor torácico.

Las causas mas frecuentes: las bronquitis crónicas, las bronquiectasias, carcinoma broncogénico y tuberculosis.

Cualquier sangrado alarma mucho al paciente y a la familia, por ello es importante:

- Informar al paciente y a la familia adecuadamente.
- Transmitir tranquilidad y eficacia.
- Comprensión ante sus dudas, temores e inseguridades.
- Vigilancia continuada con frecuentes visitas al paciente.
- Reposo absoluto del paciente, colocándolo sobre el lado sangrante.
- Aplicación de tratamiento medico.
- Si la hemoptisis es masiva y terminal, cubrir el sangrado con paños verdes ó rojos (evitan la ansiedad que provoca la visión de mucha sangre). No se dejara solo al paciente. Aconsejable la sedación del enfermo (prescripción medica), para evitar la angustia de la muerte inminente y el ahogo que ocasiona el encharcamiento pulmonar.

✎ CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SINTOMAS DIGESTIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

Los síntomas procedentes del aparato digestivo disminuyen la calidad de vida del paciente en fase terminal. Entre estos los más molestos son: las alteraciones de la cavidad oral, alteraciones del ritmo intestinal, náuseas y vómitos.

ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL

Las causas de las alteraciones son: deficiencias nutricionales y de hidratación, procesos infecciosos, lesiones tumorales, higiene oral inadecuada, consumo de fármacos (antibióticos, opioides...), compromiso del sistema inmunitario, tratamiento con radioterapia sobre la cavidad oral.

Los cuidados irán enfocados a mantener la cavidad oral húmeda y limpia, evitar molestias por sequedad, disminuir el riesgo de infecciones y mal olor, prevenir el rechazo social producido por la halitosis, favorecer la comunicación del enfermo, favorecer el disfrute de los alimentos, proporcionar confort al paciente. Los cuidados serán:

- Valorar el estado de la boca diariamente.
- Limpiar la boca dos veces al día, (como mínimo), con cepillo suave, incluyendo la lengua.
- Limpiar secreciones nasales (favorecen respirar por la boca). Educar al paciente y a la familia ante la higiene.

- Aumentar ingesta de líquidos, si los tolera el paciente.
- Para aumentar la salivación y la humedad de la mucosa oral:
 - Dar fruta fresca, chicles sin azúcar, caramelos ácidos de limón.
 - Masticar trocitos de piña enlatada (contiene ananasa, enzima proteolítica que limpia la boca. El azúcar que contiene no predispone a la aparición de candidas).
 - Enjuagar la boca con saliva artificial que puede tragarse (metilcelulosa, esencia de limón y agua). Se puede usar cremas, colutorios y sprays comerciales.
 - Enjuagar con manzanilla (anestésico natural) y limón (estimulante de la salivación). El limón no debe usarse, si hay deshidratación, ya que al intentar estimular las glándulas salivares deshidratadas, producirá mas dolor y un efecto rebote de mayor sequedad.
- Guardar la prótesis dental por la noche, en un recipiente con agua e hipoclorito sódico al 1% (la lejía desincrusta y es más eficaz contra los hongos).
- En enfermos confusos hay que tener cuidado con los posibles cierres bruscos de la boca.
- En las infecciones orales: enjuagues bucales con Povidona yodada oral, ó con agua oxigenada diluida al 50% con suero salino.
- No usar antisépticos tópicos orales como la Hexetidina, porque resecan mucho la mucosa por su contenido en alcohol y predisponen además a la aparición de micosis.
- En boca dolorosa: los enjuagues serán de manzanilla sin limón, para evitar escozor en la mucosa oral. Anestésicos locales como lidocaina viscosa al 2%, siempre que el paciente lo precise, y 15 minutos antes de las comidas (se puede tragar). Cambiar la dieta por una blanda o líquida, con alimentos fríos o a temperatura ambiente (según deseos del paciente). No colocar dentadura postiza.
- En la boca sucia con placas de detritus ó costras: limpiar con torunda de gasa empapada en $\frac{3}{4}$ partes de suero fisiológico y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada de 10 volúmenes (no muchos días para no producir estomatitis). O con una dilución de bicarbonato sódico con suero salino (una cucharada de café por 200cc de suero). No usar bicarbonato si se está administrando Nistatina porque produce interferencias.
- En la boca sangrante: aplicar agua oxigenada diluida al 50% con suero salino ó toques con suspensión de sucralfato. Humedecer la boca con cúbitos de hielo ó administrar líquidos helados. Alimentos fríos y blandos. No cepillar los dientes. No enjuagues con movimientos fuerte

- Cuando la boca esta infectada por candidas el paciente sufre de MICOSIS, resultado del deterioro de la mucosa por diferentes causas, ya sea mal higiene , determinados fármacos , enfermedades in situ, etc., el paciente padece alteraciones del gusto y sensación desagradable e incluso dolorosa en la boca que le incapacita tanto para la deglución como para la comunicación oral.El tratamiento médico va a consistir en enjuagues de Nistatina de manera tópica y si el tratamiento es sistémico se administra Fluconazol o ketonazol..

ALTERACIONES DEL RITMO INTESTINAL: DIARREA

La diarrea incomoda mucho al paciente, tanto física como psicológicamente (sienten vergüenza por ello). El equipo de enfermería debe ser compresivo con este problema, sobre todo en los pacientes de mayor edad, a quien a veces se les regaña por no avisar a tiempo.

Las causas pueden ser: exceso de laxantes, fecaloma con sobreflujo, post-radioterapia, malabsorción, infecciones, fármacos (antibióticos que favorecen la aparición de diarrea por Clostridium Difficile), obstrucción parcial intestinal. Los cuidados de enfermería serán:

- Aplicación del tratamiento medico, que variara según la etiología de la diarrea y en el paciente terminal suele ser con Loperamida ó Codeína, Dihidrocodeína, sulfato de Morfina.
- Comprobar mediante tacto rectal si existe fecaloma y se estuviera ante una pseudodiarrea (la actuación seria con enemas y extracción manual).
- Realizar la higiene perianal lo antes posible después de cada evacuación.
- No usar productos irritantes en el aseo.
- Secar cuidadosamente la piel.
- Colocar en la cama empapadores, cambiándolos siempre que sea necesario.
- En enfermos inconscientes, revisar periódicamente el pañal o empapador.
- Según condición general del paciente y excepto si hay diagnostico de oclusión intestinal incompleta, instaurar una dieta astringente.
- Aumentar ingesta de líquidos, si el estado general del paciente lo permite.
- Prevenir maceración de la piel perianal aplicando pomadas protectoras de oxido de zinc y almidón ó similares (siempre que la piel no tenga problemas de continuidad ó infección micótica), no aplicar en periné y en los genitales.
- Procurar no lastimar la autoestima del paciente, no se debe utilizar delante del enfermo la palabra pañal sino empapador ó absorbente.

ESTREÑIMIENTO

Es sin duda un síntoma de los más molestos y que más incomodidades causa en el paciente. Puede ser secundario a la administración de opiáceos, al cáncer (localización del tumor, movilidad disminuida, ingesta escasa, debilidad, deshidratación, hipercalcemia, dolor...), a compresión medular, a causas concurrentes (hemorroides, fisuras anales, habituación a los laxantes...). Los cuidados de enfermería serán los siguientes:

- Valorar hábitos de defecación y consistencia de las heces.
- Recogida continuada de información del paciente y la familia, y por el contrario informar de las medidas que se van a tomar, pidiendo su consentimiento.
- Prevenir el estreñimiento mediante laxantes (recordar su prescripción).
- Favorecer la ingesta de líquidos si las condiciones del paciente los permiten.
- Aumentar el aporte de fibra si no hay riesgo de oclusión ó suboclusión intestinal, y según el estado general del paciente.
- Atender lo antes posible el reflejo de eliminación.
- Proporcionar intimidad al paciente encamado.
- Tratamiento local de las hemorroides ó alteraciones locales para evitar el dolor al defecar.
- Realizar tacto rectal para detectar presencia de fecaloma, si no hace deposición en tres días.
- Si precisa únicamente estimulación y el ablandamiento de las heces, es útil usar supositorios de glicerina ó canuletas de Micralax.
- Si no fuera efectivo, recurrir al enema cassen de 250cc en decúbito lateral izquierdo. Se puede introducir en el enema aceite de oliva (para lubricar y reblandecer las heces) ó bien aceite, jarabe de lactulosa y un micralax. Calentar al baño María.
- Administrar el enema con sonda rectal que debe de introducirse hasta donde se pueda, movilizándola de arriba abajo mientras se pone el enema. No poner enemas si existe obstrucción intestinal.
- Si el enfermo es portador de colostomía, poner solo un enema cassen con sonda rectal pequeña ó sonda vesical del numero 18 o 20. Comprobar antes con el dedo el trayecto del intestino para realizar las maniobras con más facilidad.

Si se observara la presencia de fecaloma por heces duras, se planteara el fraccionamiento y/o extracción manual del mismo, si se encuentra en zona accesible, procediéndose de la siguiente manera:

- La noche anterior poner un enema cassen con 100cc de aceite y 15cc de agua oxigenada.
- La extracción se hará al día siguiente, si el enema fracasa.
- Administrar analgesia o sedante 30 minutos antes de las maniobras (prescripción medica).
- Vaciar en la ampolla rectal dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble y esperar 10 minutos.
- Romper el fecaloma con el dedo índice mediante movimientos circulares, para que su extracción sea más fácil.
- Realizar el fraccionamiento en varias sesiones si es preciso para no cansar al paciente.
- Poner enemas tras la extracción hasta que el paciente evacue todas las heces que tenia retenidas.
- Es preciso recordar, que siempre que el paciente este en tratamiento con opioides, es preciso una pauta de laxantes.

NAUSEAS Y VOMITOS

Las náuseas se definen como la sensación desagradable referida vagamente al epigastrio y al abdomen, que frecuentemente se acompaña de impulsos de vómitos ó precede a este. Los vómitos son la expulsión forzada del contenido del estomago por la boca.

Las causas pueden ser: gastrointestinales (estasis gástrico, gastritis, obstrucción intestinal), estimulación del centro vestibular, aumento de la presión intracraneal, metabólicas (hipercalcemia, hiperurinemia...), secundarias a tratamientos (quimioterapia, radioterapia, otros fármacos), ansiedad. Los cuidados de enfermería irán encaminados a:

- Mantener un ambiente relajado y tranquilo.
- Colocar al enfermo sentado ó semisentado.
- No obligar a comer al enfermo, dándole pocas cantidades y a demanda.
- Si lo desea líquidos frescos.
- Dar dietas pastosas y/o de fácil masticación.
- Dar infusiones: manzanilla, tila...
- Realizar cuidados de la boca con frecuencia.
- Evitar olores fuertes (colonias, comidas...).
- Comprobar si hay impactación fecal (pueden ocasionar vómitos).
- Mirar si hay distensión abdominal o dolor.

- Tratar la ansiedad, si esta existiera, con presencia física y comunicación.
- Posición de Fowler durante la ingesta y una hora después para favorecer el tránsito y evitar complicaciones en caso de posible vómito.
- Si el paciente esta inconsciente, colocar en decúbito lateral.
- Administración de tratamiento medico que tratara las causas que sean reversibles, y ante las irreversibles pondrán tratamientos sintomáticos (Metroclorpramida, Domperidona, Haloperidol, Clorpromazina...).

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Es el proceso que impide la evacuación del contenido digestivo ya sea por obstrucción o por alteración de la movilidad intestinal (ileo paralítico).

Nos pone en alerta la alternancia en el paciente de la diarrea-estreñimiento, o la diarrea por rebosamiento, distensión abdominal y dolor cólico, en estados avanzados acompañado de vómitos. La causa puede ser tumoral, secundario a tratamiento cancerígeno, ya sea radioterapia o **quimioterapia** o por impactación fecal.

Cuidados de enfermería:

- Dieta absoluta
- Cuidados de la boca
- Utilización de otras vías que no sean la tópica
- Utilización de sonda nasogástrica previo consentimiento del paciente.
- Descartar fecaloma mediante tacto rectal.

PIROSIS.

Sensación de quemazón retroesternal que asciende hasta el cuello, para su tratamiento se utilizan fármacos protectores de la mucosa, antiácidos y antiH₂ (ranitidina).

SINDROME DE COMPRESIÓN GÁSTRICA

Es el enlentecimiento del tránsito intestinal hasta su detención producido por una compresión gástrica ya sea tumoral o por hepatomegalia, que provoca al paciente sensación de plenitud, náuseas, vómitos, acidez, hipo, e incluso dolor.

- ✎ Cuidados de enfermería:
- ✎ Administración de fármacos
- ✎ Administración de comidas con muy poca cantidad y mayor frecuencia.

✎ CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LOS SINTOMAS NEUROPSICOLOGICOS EN EL PACIENTE TERMINAL

Los síntomas neuropsicológicos: confusión, ansiedad, insomnio y depresión, repercuten en la calidad de vida del paciente, tanto como los síntomas físicos, y en algunos pacientes más que los físicos.

CONFUSION

La confusión puede alterar simultáneamente consciencia, atención, percepción, alteración del pensamiento, de la memoria, psicomotilidad, ciclo vigilia – sueño y alteración emocional (depresión, ansiedad etc.)

La valoración de la confusión se realizará en base al test Mini-Mental el cual realiza la siguiente valoración en el paciente:

- ✎ Comienzo súbito o fluctuante
- ✎ Inatención
- ✎ Pensamiento desorganizado
- ✎ Alteración del nivel de consciencia...

Las causas pueden ser: tumores ó metástasis cerebrales, enfermedades sistémicas (fracaso orgánico, infecciones, trastornos metabólicos...), síndromes de abstinencia, fármacos (opioides, diuréticos, benzodiazepinas, psicotrópicos, anticolinérgicos, corticosteroides, antibióticos...).

Los cuidados de enfermería son complementarios al tratamiento farmacológico, nunca sustitutivos:

- Administración de tratamiento farmacológico.
- Evitar autolesiones ó lesiones a otras personas.
- No utilizar medios de sujeción, si fuera preciso solo hasta que haga efecto la medicación.
- Retirar objetos peligrosos, colocar barandillas.
- Dejar iluminación tenue en la noche, evitar excesiva estimulación sensorial.
- Presencia familiar, dándole apoyo psicológico si precisa.
- Descartar retención urinaria ó la impactación fecal (pueden causar agitación).
- Prestar atención a los signos no verbales de dolor.
- No despertar al paciente. Evitar excesivas visitas.

El tratamiento médico consistirá fundamentalmente en neurolépticos y benzodiazepinas.

INSOMNIO

Es la dificultad para conciliar ó mantener el sueño ó el despertar precoz con sensación de sueño insuficiente ó no reparador.

Las causas pueden ser: inadecuado control de síntomas (dolor, disnea, vómitos...), enfermedades orgánicas, síntomas psicológicos (ansiedad, depresión), factores ambientales, fármacos, por miedo a fallecer mientras se duerme.

Los cuidados de enfermería irán encaminados a detectar y corregir los factores que influyen en la aparición del trastorno:

- Colocar al paciente en postura cómoda. No interrumpir el sueño. Masaje, relajación, luces suaves. Ingesta de bebidas calientes, nunca estimulantes. Evitar siestas, ruidos, temperaturas extremas.
- Facilitar hábitos del paciente que ayuden a conciliar el sueño.
- Administrar tratamiento medico.
- Prestar apoyo psicológico al enfermo, facilitando la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos, dudas y miedos acerca del proceso de su enfermedad.
- El temor y la soledad se exacerban por la noche (permitir la presencia de un familiar).
- Las pesadillas pueden impedir el sueño. Hablar de ellas, si el paciente lo de-

sea, posibilita la expresión de sus temores para que pueda tranquilizarse.

ANSIEDAD

La ansiedad es un estado en el que el individuo experimenta sentimientos de inquietud con síntomas como: insomnio, sudor, náuseas, ataques de pánico, pobre concentración, irritabilidad, incapacidad para relajarse, variaciones no habituales en el humor e incapacidad para la distracción.

Está producida por varios factores como: causas orgánicas (dolor, disnea, hipercalcemia...), síntomas psicológicos (depresión, fobias), fármacos (corticoesteroides, neurolépticos, retirada de benzodiacepinas...) y miedo al dolor, a la muerte, preocupaciones familiares, temor a la pérdida de autonomía, a la incontinencia, a las pruebas diagnósticas etc.

Los cuidados de enfermería irán dirigidos a examinar con el paciente estrategias eficaces de afrontamiento y a prestarle apoyo psicológico, hablando con él, ayudándole a expresar sus sentimientos, con una escucha activa. Hay que animarle a que haga preguntas, que le ayuden a despejar sus dudas. Permanecer al lado del paciente siempre que lo precise. Informar al paciente siempre que lo precise.

Enseñarle estrategias de afrontamiento de la ansiedad como: técnicas de relajación pasiva, masajes, técnicas de pensamiento positivo. Es importante la administración del tratamiento previsto en casos de ataques de pánico.

DEPRESION

Es un trastorno de la afectividad. Las causas que producen trastornos depresivos en el enfermo terminal son: la enfermedad, las limitaciones que esta produce, el pobre control sintomático, el miedo a morir, metabólicas, endocrinas, farmacológicas, metástasis cerebrales, radioterapia holocraneal y síndromes paraneoplásicos.

Los tipos de depresión que podemos encontrar son: trastornos adaptativos con reacción depresiva, episodio depresivo mayor y trastorno depresivo orgánico.

El problema más importante que tiene el paciente terminal con respecto a la depresión es que los profesionales no lo tenemos en cuenta por considerar lógica la tristeza del paciente y entonces el síntoma no se trata.

Los parámetros a valorar en la depresión son :

- ✎ Humor depresivo durante más de dos semanas
- ✎ Incapacidad de distracción

- ✚ Alteraciones del sueño
- ✚ Anorexia y pérdida de peso
- ✚ No poderse concentrar ni tomar decisiones
- ✚ Irritabilidad y sentimiento de culpa apatía
- ✚ Incapacidad para realizar la vida cotidiana que correspondería con su estado de salud.

Las actividades de enfermería irán dirigidas a hablar con el paciente, con una escucha activa, fomentando la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos. Hay que aceptar el llanto y no interrumpirlo, evitando paternalismo desde una relación de adulto a adulto. Intentar que el paciente identifique el problema que ha causado el trastorno. Evitar críticas negativas, animándole al cuidado de su aspecto externo. Examinar con la persona sus fuerzas y recursos para hacer frente a las crisis.

✚ CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LAS ULCERAS DE PRESION Y TUMORES ULCERADOS

Las acciones a emprender, en los enfermos en fase terminal, vendrán determinadas por el estado general del paciente, su calidad de vida y pronóstico, siempre teniendo en cuenta la filosofía que imparten los cuidados paliativos, por lo que si nuestra meta no puede ser la de curar una úlcera de decúbito ó un tumor ulcerado que tiene un paciente, entonces será la de cuidar a una persona que tiene una úlcera o tumor ulcerado, ahorrándole todas las molestias posibles y proporcionándole el máximo de confort.

LAS ULCERAS DE PRESION

Una úlcera por presión es cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente. Afecta severamente la calidad de vida del enfermo, ocasionando dolor y malestar que, en determinados momentos, hacen necesaria una analgesia adecuada.

Según el deterioro del enfermo y su pronóstico, en ocasiones podremos curar úlceras muy pequeñas, pero, otras veces, solo tendremos tiempo para limpiar aquellas más profundas antes de que se muera el enfermo, dirigiendo, entonces, los cuidados a proporcionar el mayor confort y a aliviar el dolor causado por esta lesión externa.

Los objetivos ante las úlceras serán:

- Proporcionar el máximo de confort al paciente.

- Conservar en buen estado la piel (limpia e hidratada).
- Evitar la presión y el roce continuado en las zonas de riesgo.
- Evitar la aparición de úlceras de decúbito ó la progresión de las existentes.
- Disminuir el sufrimiento que supone estas lesiones.
- Evitar las infecciones y el mal olor.

Cuidados de enfermería en las úlceras de primer grado (afectación de la epidermis)

- ✎ Eliminar presiones en zonas de riesgo
- ✎ Lavar con agua y jabón sin frotar.
- ✎ Hidratar con masaje
- ✎ Utilizar apósitos hidrocoloides.

Cuidados de enfermería en las úlceras de segundo grado(afectación de epidermis, dermis y tejido subcutáneo)

- ✎ Limpiar con suero salino
- ✎ Desinfección de la zona si procede
- ✎ Colocar apósito hidrocoloide si no existe infección

Cuidados de enfermería en las úlceras por decubito de tercer y cuarto grado:

- ✎ No recortar tejido necrosado por el miedo a la hemorragia a no ser que el paciente este incómodo.
- ✎ Limpiar con suero salino no con demasiada presión
- ✎ Si no existe infección utilizar apósitos hidrocololoides semioclusivos
- ✎ Si existe infección por anaerobios utilizar para neutralizar el olor el metroinidazol.

TUMORES ULCERADOS

El tumor ulcerado es aquel tumor que, en su crecimiento, infiltra la piel y produce un problema de continuidad en ésta. Estas infiltraciones cancerosas pueden ser primarias (debido al propio tumor) o secundarias (debidas a sus metástasis) y producen dolor, exudado, hemorragia, infección y mal olor.

Los objetivos a conseguir con los cuidados de enfermería, valorándose las condiciones generales del paciente y pronóstico de vida, serán:

- Proporcionar el máximo confort al enfermo.

- Prevenir ó eliminar las infecciones.
- Evitar ó eliminar el mal olor (lavado de la lesión con metronidazol de 0.5 gramos).
- Prevenir el sangrado del tumor ulcerado.
- Facilitar la absorción y/o drenaje de los exudados.
- Favorecer la aceptación social, sobre todo en lesiones desfigurantes y malolientes, manteniéndolas convenientemente cubiertas con apósitos, limpias y sin olor.

🐾 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA AGONIA

La agonía se ha definido como: “El estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente”.

Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte.

La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

Es imprescindible que los profesionales de enfermería sepan reconocer la aparición de la fase agónica en el paciente, las características más importantes son:

- Aumento de la debilidad.
- Aumento de la postración.
- Aumento del encamamiento.
- Disminución de la alerta.
- Disminución de la ingesta.
- Alteración de las constantes.
- Deterioro físico general.

Se deben observar los signos clínicos siguientes:

1. Pérdida del tono muscular:
 - Debilidad.
 - Incontinencia urinaria y rectal.
 - Relajación muscular.
 - Dificultad para tragar.
 - Perdida gradual del reflejo faríngeo.

- Disminución de la actividad del tracto intestinal con: náuseas, acumulación de gases, distensión abdominal, retención de heces.
- 2. Disminución de las sensaciones.
 - Cianosis en extremidades.
 - Piel fría primero en los pies, posteriormente manos, orejas y nariz.
- 3. Cambios en los signos vitales:
 - Pulso lento y débil.
 - Tensión arterial disminuida.
 - Respiración rápida y superficial o lenta con fases de apnea.
 - Sequedad en la mucosa oral.
- 4. Afectación sensorial:
 - Visión borrosa.
 - Alteración del gusto y del olfato.
 - Adormilados, estuporosos o comatosos.
 - La audición y el tacto, se cree que hasta el final permanecen.

Los hallazgos físicos de muerte inminente son:

- Pérdida de reflejos.
- Pulso rápido y débil.
- Pupilas dilatadas y fijas.
- Descenso de la presión arterial.
- Incapacidad para moverse.
- Distrés respiratorio.
- Fases prolongadas de apnea.
- Respiración ruidosa, (estertores de muerte).

Y como signos de muerte:

- Cese de la respiración y de los latidos cardiacos durante varios minutos.
- Falta total de respuestas a estímulos externos.
- E.E.G. plano.

Los cuidados generales serán los siguientes:

- Realizar la higiene y cambio de sabanas con mucho cuidado, si la condición del paciente es estable.

- La sequedad de labios y mucosa oral pueden producir dolor, los cuidados locales, son más eficaces para combatir la sequedad, que la hidratación con sueros.
- Proporcionar pequeños sorbos de agua, si el paciente lo desea y puede tragar.
- El reflejo de succión se conserva casi hasta el final, por ello se le puede facilitar gasas mojadas en agua.
- Si se utilizaba manzanilla con limón para lavado oral, retirar el limón, puesto que es un estimulante de las glándulas salivares y puede producir hipertrofia de las mismas, causando dolor en la cavidad oral.
- No usar colutorios que contengan alcohol (resecando la mucosa oral), ni vaselina en los labios (es hidrófoba y producirá, también más sequedad si el paciente esta deshidratado).
- Si se queja de dolor oral, aplicar lidocaina al 2%.
- Quitar la dentadura postiza si esta no se adaptan bien, para prevenir desplazamientos y que el enfermo se encuentre incomodo.
- Limpiar las fosas nasales con suero salino para que la respiración sea más fácil.
- Colocar al paciente en su posición preferida. El decúbito lateral con las piernas flexionadas disminuye el ruido producido por los estertores y permite un acceso fácil a la vía rectal, si esta se quiere utilizar.
- Si el enfermo se encuentra cómodo, no hacer cambios posturales, estos pueden provocarle más molestias si la movilización es dolorosa.
- Si el paciente se encuentra estreñado, no incomodarlo con medidas como enemas, micralax, tacto rectal para comprobar si hay fecaloma (son maniobras molestas a evitar en el enfermo moribundo). Cambio de empapadores, si existen fugas fecales.
- Si el paciente está agitado y no es portador de sonda vesical, verificar presencia de globo vesical por si este fuera la causa de la agitación (la retención urinaria se presenta en el 21% de los enfermos).
- En caso de incontinencia, el sondaje vesical (o colector urinario en los hombres) debe valorarse antes de llegar a la situación de agonía y siempre que la frecuencia del cambio de empapadores sea molesto para el enfermo.
- El sondaje vesical para comprobar la diuresis en caso de anuria es improce-

dente.

- Si el paciente tiene un tumor ulcerado o escara con mal olor que le incomoda, cambiarle la cura cuantas veces sea necesario.
- En caso de fiebre no poner compresas frías porque son muy molestas. Solo si origina malestar al enfermo, administrarle Paracetamol o Metamizol.
- Observar en el paciente signos verbales y no verbales de dolor, agitación o inquietud, si esta consciente que sea él quien marque sus necesidades.
- Administrar el tratamiento farmacológico prescrito o las dosis extras previstas según petición del paciente.
- Si se ha colocado una bomba de infusión subcutánea, revisar punto de punción y funcionamiento de la maquina (el mal estado de la zona de inserción de la aguja, puede ocasionar la mala absorción del tratamiento, por consiguiente un mal control de los síntomas tratados).
- Procurar un ambiente tranquilo, evitando los ruidos innecesarios.
- El paciente prefiere estar con sus allegados más cercanos e íntimos, permitir su presencia todo el tiempo deseado y limitar el número de visitas según demande el paciente.
- Tratar al enfermo con la misma actitud de respeto de siempre.
- Mantener en todo momento la comunicación, sin olvidar la no verbal, como tocarle, cogerle de la mano, etc., el contacto físico debe mantenerse incluso en los pacientes comatosos, aunque no se sepa realmente si estos enfermos son capaces de recibir algún estímulo sensitivo, pero para la familia es importante comprobar que el equipo de enfermería le sigue tratando como a una persona.
- Aunque el paciente se encuentre confuso o somnoliento, intentar comunicarse con él mediante frases cortas y preguntas sencillas sobre si tiene dolor, esta cómodo, etc., como su capacidad de hablar puede estar disminuida, para conocer sus deseos tener paciencia y pararse a escuchar con atención.
- Evitar la sensación de prisa, estar siempre receptivo a cualquier necesidad.

La preocupación por el futuro de los suyos y el miedo propio al sufrimiento, verbalizados o no por el paciente, le originaran una gran labilidad emocional que requerirá un fuerte apoyo y comprensión, saber acompañar, escuchar y conseguir empatizar con el paciente son las bases de esa ayuda.

El enfermo en esta fase, aun sin estar informado, conoce perfectamente su situación. No hay que temer, pues, sus preguntas sobre ello, reafirmandole el apoyo y los cuidados necesarios, sin adoptar actitudes de negación de la gravedad del estado. En estos momentos es fundamental que el paciente no se sienta abandonado al creer que ya nada se puede hacer por él.

Para la familia es un gran impacto emocional ver que se presenta el final del paciente, las intervenciones específicas de enfermería serán:

- Mantener informada a la familia de la evolución esperada, sobre todo cuando el paciente esta en el domicilio, de esta manera se evitara el ingreso por temores innecesarios en el hospital.
- Intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo sus aportaciones en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.
- Brindar a la familia y amigos la oportunidad, si lo desean, de compartir sus emociones.
- Cuando el paciente esta inconsciente, animarles a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándoles a hablarle con suavidad.
- Las reacciones emocionales de los familiares y amigos pueden ser muy variadas, según la madurez personal y cultura de referencia de cada uno de ellos. Respetar la libre manifestación de los sentimientos, aunque no sean consideradas conductas apropiadas (gritos y llantos excesivos, por ejemplo), permaneciendo a su lado para tranquilizarles.
- Facilitar la presencia de la familia, incluyendo a los niños, si así lo desean, entendiendo la situación que están atravesando y adaptando en lo posible las normas del centro a sus necesidades (flexibilidad en las horas de visita, posibilidad de espacios para que puedan descansar, sillones, etc.).
- Permitir que los familiares puedan participar en los cuidados para que, de esta manera, puedan sentirse más útiles.
- Algún miembro de la familia, sobre todo los que llegan a ultima hora, pueden producir alguna situación de tensión con el equipo debido a lo que ellos consideran demandas no satisfechas de cuidados. Estas actitudes deben entenderse como signos de estrés emocional. Adoptar una actitud amable y comprensiva, aunque a la vez de firmeza, ante los excesivos requerimientos de cuidados.
- No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo por-

que las vivencias previas entre ellos nos son desconocidas.

- Se cree que el tacto y el oído son los últimos sentidos que se mantienen hasta la muerte. Aunque no hay evidencia científica, aconsejar a la familia que sean prudente en los comentarios delante del paciente.
- Si la familia insiste en la administración de sueros, indicarle pacientemente que estos no son necesarios durante la agonía y que pueden producir más problemas que beneficios (aumento de edemas, secreciones, venopunciones, etc.).
- Las preguntas que la familia suele hacer al equipo sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo reflejan la angustia que padecen y/o los deseos de que el paciente no sufra más. No deben ser juzgadas como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.
- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si se necesita algo. No es necesario decirles nada en especial, solo ofrecerles ayuda y facilitar que expresen su dolor si así lo desean
- Si el paciente esta en el domicilio, dejar instrucciones de a quien pueden dirigirse en caso de necesidad o que pasos han de seguir después del éxito.

Del tipo de relación establecido con la familia dependerá la eficacia de las medidas de apoyo dirigidas a ellas, para lo cual es indispensable crear un clima de confianza en fases previas.

La información continua y asequible a los familiares es el elemento esencial que les permitirá afrontar con mayor serenidad el final, además de evitar demandas terapéuticas poco realistas al equipo (mayor intervención medica o administración de sueros, etc.).

Quizás los familiares avisen al profesional de enfermería por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que puede que antes no hayan visto nunca morir a nadie. El desconocimiento del proceso les impulsará a preguntar sobre todo lo que esté ocurriendo para comprobar si es normal.

La familia siempre recordará estos momentos, de ahí la importancia de nuestra actitud.

El profesional de enfermería debe saber, que el tratamiento médico que tenía el paciente terminal, cuando aparece la fase agónica debe revisar sus objetivos para adaptarlo a la situación final. Se suspenderán fármacos que no proporcionen un beneficio inmediato (antidepresivos, insulina, laxantes, antibióticos, etc.), se cambiará la vía de administración, si es necesario, pasando de la oral a la subcutánea y se tratarán los sín-

tomas como:

- **El dolor:** el fármaco de elección es la Morfina, nunca suspender los opiáceos, aunque entre en coma el paciente (evita posible descontrol del dolor y el síndrome de privación narcótica).
- **La disnea:** el único objetivo a conseguir durante la agonía es reducir en el paciente la percepción de falta de aire. El tratamiento de elección es la Morfina, si existe ansiedad se asocian benzodiacepinas.
- **Estertores:** la respiración ruidosa por secreciones produce más ansiedad en la familia que en el propio paciente, ya que este puede que no sé de cuenta por la disminución del nivel de conciencia.

El tratamiento de elección son los anticolinérgicos (broncodilatan y disminuyen la secreción salivar), como la escopolamina (también tiene efecto sedante) o la Buscapina simple®. Para que sea efectivo el tratamiento, se debe de implantar, cuando las primeras secreciones son escuchadas. Colocar al enfermo en decúbito lateral con la cabeza ligeramente hacia delante, para que la boca quede cerrada y no haga ruidos.

La broncoaspiración no se suele utilizar ya que es una medida muy traumática y molesta para el paciente, excepto si las secreciones se encuentran en la orofaringe.

- **Confusión – Agitación:** impacta a la familia en gran medida. Como tratamiento médico se instaurará Haloperidol® (si existen alucinaciones) o Clorpromazina (si no es efectivo el anterior fármaco), Midazolam si hay inquietud o agitación.

SÍNTOMAS UROLÓGICOS

1. INCONTINENCIA

En general no está recomendado el estudio diagnóstico de la incontinencia en pacientes terminales; suele bastar el diagnóstico clínico.

Cuando el proceso esté en relación con causa reversible y tenga tratamiento (infección: antibioterapia; secundaria a medicamentos: retirada o disminución de dosis; impactación fecal: extracción manual de fecaloma; alteraciones metabólicas: tratamiento específico; etc.).

El manejo de la incontinencia de causa irreversible suele consistir en recomendar medidas higienico-dietéticas y usar absorbentes y colectores externos (en varones) si no existe obstrucción en el tracto urinario.

En este ultimo caso sepa necesario el sondaje vesical permanente.

2. RETENCIÓN URINARIA

Puede cursar con anuria o incontinencia por rebosamiento. en ambos casos la vejiga está distendida siendo palpable a nivel suprapúbico "globo vesical". En pacientes terminales se producen sobre todo por:

- Obstrucción uretral por tumor intra o extravesical o por coágulos de sangre (hematurias), plexopatía presacra, compresión medular, estreñimiento, secundaria a fármacos (fenotiacinas, tricíclicos, butirofenonas) y obstrucción de la sonda vesical).

El sondaje es urgente, independientemente de la causa. si esta causa es irreversible, dejar sonda permanente. si no es así, valorar.

3. ESPASMO VESICAL

Definido como dolor intenso a nivel suprapúbico, discontinuo y en relación con espasmos del músculo detrusor puede ser debido a: tumores intra o extravesical, secuelas de tratamiento radioterápico, tras sondajes mantenidos mucho tiempo, infecciones urinarias, estreñimiento, ansiedad.

TRATAMIENTO

AMITRIPTILINA/IMIPRAMINA: a dosis habitual.

HIOSCINA: dosis de 1020 mg/8 horas.

NAPROXENO: 500 mg/12 horas.

4. HEMATURIA

Es relativamente frecuente que se interprete como hematuria macroscópica la tinción de la orina que se produce tras la ingesta de algunos alimentos o medicamentos: hierro, remolacha, fenotiacinas...

Son causa de hematuria en el paciente terminal: cáncer de vejiga, próstata o riñón, Infección del tracto urinario.

TRATAMIENTO

Lavados vesicales (agua bidestilada o suero fisiológico), para evitar obstrucción de la luz uretral por coágulos sanguíneos.

LA COMUNICACION CON EL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA

El equipo de enfermería que se ocupa y preocupa de enfermos graves se enfrenta con una realidad cotidiana difícil. Por un lado, es consciente de la importancia de acercarse al paciente, y por otro, es difícil encontrar el punto de equilibrio entre acercarse demasiado, con el riesgo de sobreimplicarse y distanciarse en exceso, posición en la que la relación pierde eficacia y parte del sentido de la profesión sanitaria.

La incertidumbre, la soledad emocional, la ansiedad, el miedo, la depresión son los estados más frecuentes por los que atraviesan los pacientes graves y sus familias, encontrándose el profesional de enfermería en una posición privilegiada para facilitar apoyo psicológico.

Culturalmente se viene fomentando una actitud paternalista/maternalista ante el enfermo grave y ante la muerte, que no hace sino agravar la situación. Se producen una serie de situaciones en el encuentro interpersonal diario del equipo de enfermería con los enfermos y familiares que tienden a suscitar mucho agobio: desconocimiento del grado de información del paciente y demanda constante de esta, sin saber hasta donde puede llegar en la información, soporta las tensiones de los familiares: con frecuencia estos exigen soluciones rápidas a los profesionales de enfermería en medio de una importante sobrecarga de trabajo, etc.

Uno de los afrontamientos más frecuentes ante estas situaciones es la evitación. Se tiende a evitar hablar del tema de la información, a desviar las preguntas a otros profesionales, a limitarse a atender en sus necesidades físicas, a marcar las distancias. Por

ello, es preciso que se adquieran unos conocimientos y habilidades necesarias y suficientes acerca de cómo establecer una comunicación con los pacientes y sus familias.

Las tareas del cuidador implica identificar y hacer evidentes los recursos y potencialidades que tienen los enfermos para afrontar sus problemas, ayudándoles a que adquieran percepción de control sobre su situación.

También sería importante amortiguar el impacto psicológico; ayudar al paciente a descargar su angustia y canalizarla, entendiendo las distintas reacciones emocionales que se producen durante su proceso de adaptación; facilitar este proceso, de tal modo que pueda aceptar su nueva y difícil situación en su dimensión real; facilitar la toma de decisiones, son tareas encaminadas a disminuir el sufrimiento del moribundo y es parte insustituible para mantener una buena calidad en la asistencia.

El profesional de enfermería debe tener una serie de actitudes que, además de emplearlas en el trabajo e interacciones cotidianas, sea capaz de transmitir las y enseñarlas a los pacientes y sus familiares. Estas actitudes serían:

- **Empatía:** (Ponerse en el lugar del paciente y/o su familia), detrás del comportamiento de cada persona siempre hay una razón, un miedo, una frustración, una dificultad, es importante ponerse en el lugar del enfermo, con ello se comprenderán sus sentimientos.
- **Escucha activa:** No solo consiste en captar y comprender las palabras que se dicen, sino prestar atención a los sentimientos. Es escuchar a través del lenguaje verbal y no verbal (silencios, gestos, miradas..., dan pistas de determinados estados emocionales). La escucha activa implica no interrumpir, mirar a los ojos, tener actitud y postura de disponibilidad, sin sensación de tener prisa, sentarse al lado, dar señales de que se está escuchando, no juzgar ni hacer gestos de valoración, aunque las manifestaciones sean de irritabilidad o indiquen una crítica.
- **Evitar mentir:** La mentira inhibe la capacidad de adaptación del individuo y resta autoridad al profesional que la practica. La mentira aun con la buena intención de consolar, a largo plazo genera desconfianza.
- **Proporcionar esperanza:** Sin horizontes, sin esperanza, no se puede vivir; entendiendo por esta una expectativa de futuro positiva con relación a un deseo; al comienzo de la enfermedad se espera la curación o la mejoría; cuando el paciente entra en fase terminal, se le puede ayudar a percibir otro tipo de esperanza, la de desear bienestar y ayudar a reorganizar sus objetivos, más a corto plazo. Del mismo modo, es importante evitar las falsas esperanzas. Sentirse engañado puede sumir al enfermo en la soledad más profunda.
- **Facilitar la expresión de la emoción:** Drenar emociones, cuando éstas son

vivencialmente intensas es absolutamente necesario y terapéutico. Su represión conduce a la acumulación de tensión que aumenta innecesariamente el malestar emocional, la expresión en el clima adecuado, por el contrario, facilita la relajación.

- **Evitar mensajes impositivos:** Tiene que... , debe de..., la imposición genera actitudes contrarias a las que se persigue, es más útil sugerir.
- **Reforzar:** Las sensaciones positivas son necesarias para contrarrestar las dificultades personales. Reconocer las buenas actuaciones, comprender las malas.

Las habilidades serán:

- **Reflejar:** Para dar muestras de que se ha entendido, (repetir escueta y claramente el mensaje).
- **Preguntas abiertas:** Con ellas se demuestra interés, si las preguntas son cerradas, la persona con quien hablamos solo tiene opción a escuchar, cerrándose así toda posibilidad de interacción.
- **Esperar:** Es difícil hablar de temas de intimidad o de la integridad personal, es preciso dar tiempo.
- **Graduar la información negativa:** La emoción reduce la cantidad de procesamiento. La cantidad de estimulación negativa que un ser humano puede tolerar y la tensión que ella genera es limitada, por tanto, es conveniente que la información negativa, necesaria en algunas ocasiones, se gradúe de modo que la persona pueda ir asimilándola paulatinamente.
- **Mensajes cortos, lenguaje asequible:** En situaciones emocionales extremas.
- Acompañar las malas noticias de recursos, para ayudar a la adaptación.
- **Comunicación no verbal:** Es necesaria la congruencia de nuestros mensajes verbales, con los no verbales.
- **Expresar sentimientos:** El contacto emocional facilita la comunicación. La expresión de sentimientos, de pesar por el malestar del paciente o de alegría por sus progresos, sin que ello suponga un desbordamiento emocional, potencia la sensación de confianza y de comprensión.

La comunicación puede que, en ocasiones, resulte difícil, pero la incomunicación lo es mucho más.

Esta comunicación la marcará el paciente, así como, cuando la quiere, es decir siempre respetar su ritmo, los profesionales de enfermería necesitan tener los canales de comunicación abiertos, con actitud de disponibilidad, delicadeza, accesibilidad y respeto para conseguir la calidad en su actuación.

AFRONTAMIENTO EFICAZ DE LA MUERTE

AGONIA - MUERTE - PERDIDA

La muerte forma parte del ciclo vital, a pesar del avance de la ciencia, la muerte es inevitable. Sólo el pensar en la muerte, produce un estado de angustia vital que desarrolla gran ansiedad y nos hace ser más conscientes de lo vulnerable que es la vida.

La atención de enfermería al paciente terminal incluye inexorablemente la ayuda al individuo y familia a afrontar eficazmente el suceso de la muerte y la pérdida que ésta supone.

Son muchos los psicólogos que consideran que el modo más beneficioso de aprender a cuidar a las personas agonizantes y sus familias es comprender nuestras propias perspectivas y la de los demás sobre la agonía, la muerte y pérdida. esto no significa nada más que aceptar nuestra propia muerte como seres mortales desde el momento en el que nacemos.

Es importante distinguir entre agonía y muerte, ya que la agonía es el proceso de llegar a un final, es una parte del vivir; sin embargo la muerte es el cese permanente de todas las fuerzas vitales, el final de la vida. La muerte es un suceso y un estado.

El aspecto único de la agonía es que termina en la muerte. Las personas no tenemos experiencias previas que nos ayuden a comprender lo que significa estar muerto, por ello es aconsejable conocer qué clases de sentimientos alberga en cada uno de nosotros ese hecho para poder entender lo que puede estar pasando la persona agonizante.

El saber que la muerte está cerca, es decir, saber que va a ocurrir en un periodo concreto de tiempo, es un factor desencadenante de miedo, ansiedad e incertidumbre donde la fe, la cultura y el escepticismo tienen un gran valor.

La enfermería está continuamente relacionada con pacientes que sufren agonía y pérdida, no obstante siempre supone una de las situaciones más difíciles en la práctica de esta profesión, que debemos de aprender a afrontar como si de otra etapa de la vida se tratara , para esto hay que estar preparado, existen muchos estudios sobre este tema y en lo que todos están de acuerdo es en la existencia de un tiempo determinado de adecuación a la muerte , un tiempo trabajado con estos pacientes que nos ayuden no solo a desarrollar determinadas alternativas de cuidado del paciente y la familia sino que nos permitan desarrollarnos como persona , tenemos como profesionales que darnos tiempo.

Grupos investigadores sobre estos temas han reconocido que existen cuatro actitudes más o menos sucesivas cuando se produce una situación de pérdida inminente.

- Negación.
- Desafío de la muerte.
- Aceptación.
- Deseo de morir.

Según Kubler- Ross, se pueden diferenciar una serie de etapas en la agonía:

- Conmoción y Negación.
- Ira.
- Regateo.
- Depresión.
- Aceptación.

Actualmente es muy discutido el hecho de encuadrar a los individuos agonizantes dentro de etapas predefinidas, incluso existen experiencias (Weisman), en las que no se estableció claramente diferencias significativas que identificaran las etapas descritas por Kubler-Ross. Pattison, propuso tres fases de la agonía (aguda-vida-muerte crónica-terminal), como clínicamente útiles para comprender los comportamientos que acompañan la agonía, existen otros autores que también han aportado sobre este tema como pueden ser Sporken y Roudabourg, los cuales nos hablan de una relación del comportamiento del paciente terminal con su personalidad y con lo que el equipo es capaz de transmitirle en cuanto a su idea de periodos o fases que como paciente terminal va a tener que pasar hasta el momento final de su vida..

El identificar fases determinadas pueden servir de guía para conocer qué está ocurriendo, pero sólo la observación, valoración y la comprensión ayudan a determinar las intervenciones adecuadas para la mejor consecución de los objetivos.

Otros científicos han desarrollado teorías o modelos para comprender la naturaleza de la agonía, como puede ser los modelos de vida-muerte de Martocchio y confirmado por Dufault, cuyos cuatro patrones son:

- Modelo de picos y valles.
- Modelo de meseta descendente.
- Modelo de pendiente descendente.
- Modelo de declive progresivo.

Cada una de estas fases describe un periodo de la enfermedad en el cual su estado de salud sufre diferentes situaciones.

OBJETIVOS DE ENFERMERIA

Paciente terminal:

- 1.- Conseguir el mayor nivel de bienestar y confort..
- 2.- Participación del paciente en su cuidado
- 3.- Afrontamiento eficaz de su situación.

Familiares y amigos:

- 1.- Expresión de los sentimientos que le embargan.
- 2.- Afrontamiento eficaz de la pérdida.
- 3.- Participación en el cuidado del paciente.

Cuando la muerte es inevitable sólo queda afrontarla, enfermería debe ayudar a morir con dignidad y en paz al paciente terminal, proporcionando el ambiente, más adecuado para ello y dando consuelo a los familiares que van a sufrir la pérdida.

Las reacciones de las personas ante la muerte son muy diversas. Mientras que unos se hunden en una inmensa depresión, otros activan sus mecanismo de adaptación programando cada día una inmensa actividad para hacer todo aquello que no pudo. En cualquiera de los casos, enfermería estará para darle apoyo y cuidado hasta el fin de sus días.

Se debe respetar por encima de todo las creencias y ceremonias que estimen oportuno hacer. Hay que procurar que las personas agonizantes no se aíslen socialmente, ya que éstas suelen ser individuos aislados, desplazados, a los que no se les permite vivir su vida, porque se está mucho más pendiente de tratar la enfermedad.

No existen medicinas contra la muerte y el estado que produce, sólo existe sugerencias, buen trato y mucha comprensión, expresiones de tristeza y llanto no sólo permite el desahogo, sino que resulta útil en el proceso de aflicción.

EL DUELO

Durante nuestra vida, sufrimos múltiples pérdidas que nos provocan periodos de duelo. Estas no tienen porqué ser necesariamente de seres queridos, existiendo otros tipos de pérdidas que pueden afectarnos psicológicamente igual y provocar conductas similares.

Los profesionales de la salud ayudan a la sociedad ante cualquier tipo de pérdida que nos provoque duelo; ya sea la imagen corporal, de la persona amada, seguridad y bienestar en el trabajo, etc.

El conocimiento de las pérdidas y diferentes estadíos y fases del duelo influyen en nuestra actuación y como enfermeras nos permiten comprender respuestas e iden-

tificar necesidades del individuo que facilitan la resolución del duelo de manera positiva.

En este caso, como en todo el trabajo que desarrolla la enfermera a cualquier nivel, la **comunicación** es la piedra angular que facilita la actuación y aplicación de conocimientos para resolver situaciones de duelo anormales y reconducirlas a un duelo normal.

La atención de enfermería en el duelo no es más que la continuación de los cuidados paliativos ofrecidos al moribundo; para ser eficaces en estas situaciones, la enfermera debe tener en cuenta sus propias actitudes para con la pérdida, la muerte y la agonía, pues afectan directamente a la capacidad de **cuidado**.

CONCEPTOS:

PERDIDA:

Es una situación, real o potencial, en la que al individuo se le hace inaccesible o deja de percibir un objeto, situación o persona valiosa para él. Ejemplo: Pérdida de la imagen corporal, trabajo, muerte, etc.

Cuando se produce la muerte ocurre una pérdida fundamental, tanto para el moribundo como para la familia que puede estimular a las personas a incrementar la percepción de sí mismos y de los demás, siendo la última oportunidad del moribundo para experimentar la vida de forma satisfactoria.

La pérdida puede identificarse con una crisis, ya sea ésta **situacional** o de situación no esperada, como por ejemplo la muerte de un hijo; o puede ser **evolutiva** como la muerte de los padres ancianos. La forma en la que el individuo se enfrenta a la pérdida está relacionada con factores como el estado en el que se encuentra, sus recursos psicológicos propios y el apoyo social principalmente.

TIPOS DE PERDIDA:

PERDIDA REAL: Es aquella que puede ser verificada por los que nos rodean; el padre que fallece su hijo experimenta una pérdida real que puede ser objetivada por los demás.

PERDIDA SENTIDA: Es aquella que es experimentada por la persona pero no puede ser verificada por los demás; es el caso de las pérdidas psicológicas, un ejemplo puede ser la mujer que se casa y deja su núcleo familiar para formar uno nuevo.

PERDIDA ANTICIPADA: Es aquella que se experimenta antes de que la pérdida se produzca en realidad, ya sea ésta real o sentida.

ORIGENES DE LA PÉRDIDA:

ASPECTO PROPIO - AUTOIMAGEN: Cualquier cambio percibido por la persona como negativo en la manera que ésta se relaciona con el ambiente puede considerarse pérdida de uno mismo o del aspecto propio; así consideramos pérdida tanto el cambio de la imagen corporal de una persona, pudiendo ser ésta observada o no por los otros (podremos observar la pérdida de un miembro y no podremos observar la pérdida de una víscera), como los cambios o pérdidas de autoimagen que conllevan cambios de "roles" sociales, éste es el caso de un divorcio, un matrimonio, la llegada a la ancianidad, etc.

OBJETOS EXTERNOS: Pudiendo ser éstos **animados**, por ejemplo los animales de compañía; e **inanimados**, siendo éste el caso de propiedades, joyas, etc. que tienen excesiva importancia para la persona.

AMBIENTE HABITUAL: La separación o cambio del ambiente habitual puede dar como resultado una pérdida.

PERSONA QUERIDA: Ya sea por causa de una separación, por enfermedad o muerte.

EDAD Y PÉRDIDA:

La edad afecta a la comprensión de la pérdida y la reacción ante ésta; se relacionan directamente la edad con la experiencia y con la comprensión de la pérdida.

Debido a la arbitrariedad en el tiempo en que se presentan las pérdidas, es difícil prepararse para enfrentarse a ellas, lo que si es cierto es que enfrentarse con otros tipos de pérdidas preparan para la pérdida más grave, la muerte.

Los niños reaccionan ante las pérdidas de manera distinta a los adultos, ya que les afecta de manera distinta, por este motivo se tratará mas adelante, de manera especial, el duelo en el niño.

El adulto está más preparado ante la pérdida, en particular ante la muerte; la vive como parte de un desarrollo normal de la vida, siendo peor tolerada la muerte de una persona joven que de una más adulta. El adulto no ve apoyado socialmente el luto prolongado.

El anciano se sobrepone difícilmente a la pérdida de la pareja, teniendo inclusive una morbilidad asociada al hecho, la pérdida de otras personas de su misma edad es tolerada en cuanto está ligada al desarrollo pero supone una pérdida importante cuando esa persona es realmente significativa para el anciano.

<i>EDAD</i>	<i>CREENCIAS Y ACTITUDES</i>
De 0 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> - No entiende el concepto de muerte. - La separación es igual a una pérdida. - La muerte es reversible, igual a un sueño. - Inmovilidad e inactividad son igual a muerte.
De 5 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> - Entiende que la muerte es el final. - Cree evitable la muerte. - Asocia la muerte con agresión y violencia al igual que con deseos o acciones inconexas.
De 9 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> - Entiende que la muerte es el final de la vida. - Se siente mortal y piensa en lo que hay después de la muerte.
De 12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> - Teme la muerte. - Desarrolla conductas desafiantes a la muerte. - Piensa en la muerte en términos religiosos y filosóficos. - Parece entender la muerte pero no la acepta.
De 18 a 45 años	<ul style="list-style-type: none"> - Su actitud ante la muerte depende de religión y cultura.
De 45 a 65 años	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta su propia mortalidad con ansiedad dependiendo del bienestar emocional con que se encuentre. - Se encuentra con la muerte de los padres
De 65 años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> - Teme a la enfermedad prolongada. - Ve la muerte con muchos significados: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Reencuentro con familiares muertos. 2.- Término del dolor. - Etc.

DESCONSUELO: es una respuesta subjetiva del individuo ante la muerte de una persona querida para él.

LUTO: Es el proceso conductual mediante el cual el duelo es eventualmente resuelto, estando íntimamente ligado a la cultura y costumbres.

DUELO: Son las conductas, reacciones, sentimientos y pensamientos que preceden y siguen a la pérdida. El duelo normal se inicia con un estado de "shock" que se expresa con perplejidad y aturdimiento, no entendiendo lo que ha ocurrido; pasando rápidamente a conductas de sufrimiento acompañado de expresiones físicas como debilidad, pérdida del apetito, pérdida del peso, problemas de concentración, alteraciones del sueño, pérdida de interés por el mundo exterior y por su autocuidado; son también frecuentes expresiones de cólera dirigidas tanto a la familia como al equipo cuidador culpabilizándoles de la situación.

El duelo, al ser la imagen subjetiva de la pérdida, es esencial para la buena salud mental y física.

El duelo es un proceso social.

FASES DEL DUELO:

Muchos autores han tratado el tema (Kubler-Ross, Engel, Clark, Martocchio, etc.), pasaré a describir someramente las fases que exponen algunos de ellos:

Fases de duelo de Engel:

<i>FASES</i>	<i>CONDUCTAS</i>
"Shock" e incredulidad	<ul style="list-style-type: none">- No aceptación de la pérdida.- Aturdimiento.- Aceptación intelectual y negación emocional.
Desarrollo de consciencia	<ul style="list-style-type: none">- La pérdida empieza a ser real.- Reacciones de cólera contra el fallecido, familiares, equipo sanitario, etc.- Llanto y culpa.
Restitución	<ul style="list-style-type: none">- Rituales de luto.- Lucha contra el vacío.- No aceptación de sustituto de la pérdida.- Desarrolla relaciones dependientes.- Recuerda a la persona muerta.
Idealización	<ul style="list-style-type: none">- Recuerda solo lo positivo de la persona muerta.- Se culpabiliza de actos anteriores hacia el difunto.- Recordar al difunto sigue provocando tristeza.- Revierte los sentimientos en los otros.
Resultado	<ul style="list-style-type: none">- Conducta influida por factores como:<ul style="list-style-type: none">1.- Importancia del objeto.2.- Grado de dependencia.3.- Naturaleza de otras relaciones.4.- Duelos anteriores.

Fases de duelo de Martocchio:

<i>FASES</i>	<i>CONDUCTAS</i>
"Shock" e incredulidad	<ul style="list-style-type: none">- Sentimiento de insensibilidad.- Tristeza y llanto.- Culpabilidad.- Negación emocional y aceptación intelectual.
Anhelo y protesta	<ul style="list-style-type: none">- Cólera contra el difunto, familia, cuidadores y , según creencias religiosas, a Dios.- Conducta de aislamiento.
Angustia, desorganización y desesperación	<ul style="list-style-type: none">- Depresión al comprender la realidad.- Llanto.- Pérdida de confianza en sí mismos.- Pérdida de confianza en la consecución de objetivos.- Conductas dependientes.
Identificación	<ul style="list-style-type: none">- Identificación con el difunto en conductas, hábitos, objetivos, etc.- Se llega a sufrir síntomas del fallecido.
Reorganización	<ul style="list-style-type: none">- Vuelta a la integración social.- Recuerdos afectuosos.

La duración del duelo es muy variable, aunque tradicionalmente dura de uno a dos años, algunos síntomas pueden durar más tiempo o perpetuarse para toda la vida, llegando a una situación de equilibrio que le proporciona un relativo bienestar.

TIPOS DE DUELO:

DUELO CORTO: Es aquel breve en el tiempo; suele ser cuando la pérdida no es lo suficientemente importante o ésta es reemplazada rápidamente.

DUELO ANTICIPADO: Es aquel que se expresa con anterioridad al hecho de la pérdida y termina con la pérdida misma. Esta anticipación hace más compleja la relación con el moribundo, así mismo complica en muchos casos el duelo posterior.

DUELO NEGADO: Es un duelo **patológico** pues su expresión es negada, no se afronta la pérdida, puede aparecer cierta euforia.

DUELO CRÓNICO O NO RESUELTO: Es cuando la reacción ante la pérdida continúa durante años y la reinserción social es imposible.

DUELO PATOLÓGICO: Es cuando el individuo es incapaz de adecuar la respuesta a la pérdida y a sus mecanismos de defensa, debiendo acudir incluso a ayuda profesional y terapéutica. El individuo tiene agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos y de identificación pudiendo llegar a dependencia de fármacos, alcohol, etc. El equilibrio físico-psíquico se rompe, llegando a situaciones como el suicidio.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DUELO:

Al acometer la valoración de enfermería debemos recoger una base de datos lo más completa posible para poder elaborar unos diagnósticos de enfermería adecuados, para ello debemos conocer:

1.- Nivel de conciencia de la enfermedad y muerte: Tanto del paciente moribundo como de la familia, ésto facilita o dificulta el trabajo de la enfermería. Los distintos tipos de conciencia son:

a.- Consciencia cerrada: Es el caso en el que ni el enfermo ni la familia conocen la enfermedad y su pronóstico. En este caso la enfermera se debate en un problema ético y debe actuar, como en cualquier caso, según las pautas establecidas de común acuerdo en el equipo de salud.

b.- Ficción mutua: El enfermo, la familia y todo el equipo saben que el enfermo es terminal, pero el tema se evita, provocando gran angustia en el enfermo que no puede comunicar sus miedos.

c.- Consciencia abierta: En este caso el enfermo, la familia y el equipo saben que la enfermedad es terminal. Se habla de la muerte y de los acontecimientos que la rodean con tranquilidad, el enfermo puede organizar sus asuntos para después de su muerte.

2.- Síntomas del duelo: Cada persona experimenta síntomas distintos, pero es frecuente encontrar:

- Angustia.
- Presión en el tórax.
- Alteraciones respiratorias.
- Astenia.
- Pérdida del apetito.
- Etc.

3.- Factores determinantes del duelo:

FACTORES DETERMINANTES DEL DUELO:

- EXPERIENCIAS ANTERIORES.
- RELACIÓN AFECTIVA CON EL DIFUNTO.
- EDAD.
- PERSONALIDAD.
- CLASE SOCIOECONÓMICA.
- NACIONALIDAD Y CULTURA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Los más frecuentes son:

1.- Duelo anticipado: Es, a menudo, una respuesta sana. Se utiliza como diagnóstico cuando la persona expresa tristeza, enojo, culpa, cambio de hábitos alimentarios, problemas de sueño y de comunicación.

2.- Duelo disfuncional: Es definido como el estado en el que el individuo o grupo experimenta un duelo prolongado, no resuelto, implicándose en actividades perjudiciales para él mismo. Este diagnóstico se aplica un año después de la pérdida.

3.- Deterioro en la adaptación: Es cuando el individuo no puede modificar su vida para adaptarse a los cambios de salud incluyendo el no poderse adaptar a nuevas situaciones.

4.- Aislamiento social: Al no poder modificar su estilo de vida o conducta se produce un alejamiento de sus hábitos sociales, provocando un aislamiento que empeora la situación; enfermería puede poner el apoyo necesario para que el soporte social vuelva a aparecer.

5.- Alteraciones de los procesos familiares: Se producen cuando en la familia que antes de la pérdida funcionaba sin problemas comienza a detectar un mal funcionamiento.

PLANIFICACIÓN:

Para planificar las actividades que enfermería debe desarrollar deberemos tener claros los objetivos que hay que alcanzar para superar el duelo:

- 1.- Sentirse libre de vínculos emocionales con el difunto.**
- 2.- Ser capaz de relacionarse y hacer vida social.**
- 3.- Sentirse cómodo al recordar al difunto.**

EJECUCIÓN:

La técnica de enfermería más importante es la **comunicación** basada en una valoración correcta y siempre adecuada al estadio del duelo en que se encuentra.

EVALUACIÓN:

La evaluación depende de múltiples factores, entre ellos lo que el duelo se alargue en el tiempo, pero es fundamental para que una situación de duelo se lleva a buen término el contacto de la enfermera y todo el equipo de salud con la familia, tanto en el campo de la atención primaria como en el hospitalario. La visita domiciliaria que se realiza en atención primaria favorece enormemente la disminución del riesgo de duelo patológico, pues al hacerlos reconocer la enfermedad, identificar al cuidador primario y darles todo nuestro apoyo, la familia pierde el sentimiento de culpa "de no haber hecho todo lo posible", pues se sienten activos ante la situación y les ayuda a superar el duelo.

Todos los profesionales del equipo de salud multidisciplinario participan en evitar el duelo patológico, pero hay una figura en especial que es el trabajador social que previene situaciones de riesgo importantes, ya que ayuda a resolver al superviviente problemas tan graves como los económicos, que a veces por sí mismos y por la dependencia que esto crea suponen un factor determinante para no alcanzar los objetivos y salir del duelo patológico. A su vez este profesional puede realizar mejor que ninguno la labor de intentar reinsertar en la sociedad a la persona que ha sufrido la pérdida, mediante viajes, salidas, búsqueda de ocupaciones, etc.

ACTITUDES ÚTILES FRENTE AL DUELO

- ***DEJAR QUE "NOS CUENTEN SU HISTORIA"***
- ***ESCUCHAR***
- ***ACEPTAR LAS EMOCIONES EN RELACIÓN CON LA PÉRDIDA***
- ***NO ESTABLECER TIEMPOS***
- ***INCLUIR A LOS HIJOS EN EL PROCESO DE DUELO***
- ***FOMENTAR LA REINSERCIÓN SOCIAL***
- ***HACER RECONOCER LA NECESIDAD DE AYUDA Y ASESORAMIENTO***
- ***FOMENTAR EL AUTOCUIDADO***

ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DOLOR DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO

El dolor es una sensación subjetiva de malestar ó sufrimiento que se origina como resultado de estimulaciones nocivas que indican daño tisular o enfermedad, por lo que el dolor tiene una función protectora ya que es uno de los primeros avisos de que existe un problema.

La sensibilidad de los tejidos del cuerpo a los estímulos dolorosos es diferente ya que la capacidad para percibir el dolor depende de las estructuras nerviosas que van a transmitir la sensación dolorosa.

FISIOLOGIA DEL DOLOR

Los receptores del dolor, llamados nociceptores son terminaciones nerviosas libres de neuronas aferentes sin mielina o con poca mielina. Estos, están distribuidos ampliamente por la piel y mucosas y con menor densidad en algunas estructuras profundas como vísceras, articulaciones, paredes arteriales, hígado y vías biliares. Los estímulos dañinos, que pueden ser químicos, térmicos, eléctricos o mecánicos.

La histamina, bradicinina, prostaglandinas y ácidos son sustancias que son liberadas por tejidos dañados y que son precursores de dolor.

Los impulsos dolorosos se transmiten a la medula espinal por dos tipos de fibras rápidas mielínicas A-delta y fibras lentas amielínicas C, dolor agudo- dolor constante o crónico respectivamente. Se sabe que los impulsos transmitidos por las fibras A-delta tienen un efecto inhibitorio sobre los transmitidos por las fibras C.

Los impulsos dolorosos son conducidos por fibras rápidas y lentas hasta la sustancia gelatinosa (SG) del asta dorsal de la médula espinal. Las vías espinales ascendentes situadas en la médula ventral llevan los impulsos al tálamo y la corteza. En la sinapsis de la SG se libera sustancia P, que se conoce como un neurotransmisor de los impulsos dolorosos.

El descubrimiento de receptores en el cerebro a los que se unían los opiáceos lleva al descubrimiento de las endorfinas (endogenomorfinas), sustancias naturales con efectos supresores del dolor, por una parte actuando presinápticamente para inhibir la liberación del neurotransmisor sustancia P y actuando postsinápticamente para inhibir la conducción de los impulsos dolorosos.

Las endorfinas se encuentran en concentraciones altas en los ganglios basales, el tálamo, el mesencéfalo y el asta posterior de la médula espinal, la serotonina es un neurotransmisor que interviene en estos impulsos supresores.

El sistema endógeno de supresión del dolor se activa más eficazmente por las fibras A-delta.

De forma externa se utilizan estimulaciones eléctricas de baja intensidad y alta frecuencia, para la activación de este sistema endógeno. También se cree que la acupuntura utiliza este tipo de activación.

Se han propuesto varias teorías sobre la transmisión del dolor, la más conocida la teoría de la Compuerta del control definida por Melzack y Wall en 1965 no explica claramente cómo se realiza esta transmisión pero sirve de base para comprenderlo.

La teoría de la Compuerta de control propone que los impulsos dolorosos pueden ser controlados por un mecanismo de compuerta permitiendo o inhibiendo la transmisión. Los factores que actúan sobre la compuerta incluyen los impulsos transmitidos por fibras conducción rápida y lenta y los impulsos descendentes del tronco cerebral y la corteza.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DOLOR (Taxonomía NANDA).

Estado en que la persona experimenta y manifiesta la presencia de severo malestar o sensación de incomodidad.

Cuando el dolor persiste más de 6 meses o se convierte en algo constante en la vida del paciente se diagnostica como dolor crónico (Tx. NANDA).

La reacción al dolor es diferente en cada individuo y depende en gran medida del estado físico y/o emocional en el que es percibido, incluso la reacción individual frente al dolor puede depender de características culturales.

El dolor en sí mismo puede alterar los mecanismos de adaptación del organismo, genera ansiedad en los pacientes y una sensación de malestar que puede dificultar en gran medida la asistencia, por ello el dolor ocupa un lugar prioritario en la atención de enfermería del paciente terminal.

En la valoración del paciente con dolor, habrá que tener en cuenta:

Datos subjetivos

- Datos Socioculturales.
- Historia del patrón de dolor desde el comienzo.
- Factores que aumentan o disminuyen el dolor.

- Significado del dolor para la persona.
- Efectos del dolor del paciente en sus familiares y amigos.
- Medidas usadas anteriormente para el alivio del dolor.

Datos objetivos

- Padecimiento que originan el dolor (enfermedad - pruebas funcionales...).
- Tratamiento específico contra el dolor. · Situación fisiológica del paciente.
- Situación psíquica del paciente.

Normalmente existen mecanismos compensadores del organismo que disminuyen los signos del dolor, por lo que es difícil objetivamente ver cuáles son los efectos de éste en la salud del paciente; aun así, en la mayoría de los casos el dolor puede producir alteraciones fisiológicas y llevan al paciente a situaciones que afectan gravemente el estado de salud del paciente: Pérdida de apetito, baja autoestima, depresión, ansiedad, inmovilidad, etc.

Por tanto el dolor puede ser un factor etiológico para otros diagnósticos de enfermería por lo que en el plan de cuidados se tratará con las medidas preventivas oportunas.

Problemas potenciales que puede originar el dolor:

- Ansiedad relacionada con dolor creciente o amenazador.
- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor en el pecho o abdomen.
- Movilidad física alterada, relacionada con dolor.
- Afrontamiento ineficaz del dolor.
- Duelo anticipado.
- Alteración del patrón de sueño.
- Alteraciones sensorio-perceptivas. ...

🦋 CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DOLOR

INTRODUCCION

Llamamos dolor a cualquier experiencia que la persona dice que lo es, y existe siempre que la persona dice que existe. (Mc Cafery, 1968). Es una situación que incapacita y angustia enormemente a los pacientes. En el dolor podemos encontrar un estímulo físico o mental que lo provoca, la sensación corporal de daño y la reacción de la persona que lo sufre.

La enfermera debe saber valorar a sus pacientes con dolor, así como adoptar tratamientos paliativos no invasivos que lo mejoren y colaborar con el médico en la adecuada planificación y administración de tratamientos invasivos encaminados a calmar el dolor o a erradicar la causa física que lo produce. Por tanto, la enfermería tiene dos funciones claras en el tratamiento del dolor: su función independiente de valoración, planificación y administración de un tratamiento de enfermería consistente fundamentalmente en técnicas no invasivas de control del dolor; y una función interdependiente de colaboración con el facultativo en la administración de técnicas invasivas, fármacos, control del dolor con fármacos y valoración de la evolución del paciente.

CONCEPTOS ERRONEOS QUE IMPIDEN LA VALORACION DEL PACIENTE CON DOLOR.

- Autoridad sobre el dolor: La persona que sufre el dolor es la única autoridad sobre la existencia y naturaleza de éste, ya que la sensación dolorosa solo puede sentirla la persona que la tiene.

La sensación dolorosa es completamente subjetiva. Se han desarrollado numerosas investigaciones para desarrollar instrumentos de valoración que ayuden al paciente a comunicar información sobre la sensación de dolor.

- Una reacción emocional ante el dolor no significa que el dolor esté causado por un problema emocional. El dolor no desaparecerá o no será menor porque el paciente deje de estar ansioso.

El dolor no es simplemente un problema psicológico, sino un problema físico acompañado de respuestas emocionales.

- Muy pocas personas que dicen tener dolor mienten al respecto. La invención descarada del dolor es rara (Hendler, 1984; Leavitt y Sweet, 1986; Reesor y Craig, 1988). La simulación existe, pero no es tan probable como muchos creen.

El paciente que utiliza su dolor para obtener ventajas no es igual que el simulador y es posible que le duela incluso tanto como dice. Los beneficios secundarios pueden ser una conclusión inexacta, ya que lo que son beneficios secundarios para una persona no lo son para otra.

- Todo dolor es real, independientemente de su causa. Casi siempre el dolor presenta componentes físicos y mentales. La ausencia de una causa física identificable del dolor no significa que éste sea puramente psicogénico.

Los pacientes pueden sentir dolor sin que sepamos porqué, y nuestro fracaso para identificar la causa en modo alguno justifica que el problema no exista o que no requiera tratamiento.

Incluso cuando el dolor es intenso, hay periodos de adaptación fisiológica y conductual, lo que comporta períodos de signos mínimos de dolor o ausencia total de los mismos. La falta de expresión dolorosa no significa necesariamente ausencia de dolor. Además los enfermos minimizan sus expresiones comportamentales controlables de dolor por numerosas razones:

- Ser un buen paciente.
- Evitar ser un "quejica", esto es, mantener un autoconcepto favorable.
- Agotamiento. El dolor es agotador, y después de horas o días el enfermo está demasiado cansado para hablar y puede incluso quedarse dormido, sin que ello signifique que haya cedido el dolor.
- Distracción. La distracción es un buen método para hacer que el dolor sea más tolerable, pero no consigue que desaparezca.

Aunque el paciente no manifieste signos de dolor durante la distracción, por ejemplo con las visitas, probablemente después se sentirá más agotado por este esfuerzo que por el dolor continuo.

Cuando cesa la distracción el dolor vuelve a ser el centro de su atención, y entonces es frecuente que solicite analgésicos como otra forma de alivio del dolor que le permita descansar.

- Estímulos comparables en distintas personas no producen la misma intensidad de dolor. No hay una relación directa e invariable entre el estímulo y la percepción del dolor.
- La tolerancia al dolor es una respuesta única del individuo y varía entre pacientes y en cada paciente individual de una situación a otra. Las personas con dolor prolongado o recurrente tienden a tener una tolerancia al mismo cada vez menor.
- No hay evidencias en la literatura que justifiquen el uso de un placebo para determinar la presencia o ausencia de dolor o para determinar si es de origen físico o psicogénico; de hecho, despierta serias dudas éticas y legales.

La única conclusión exacta respecto al paciente respecto al placebo es que desea muy intensamente el alivio del dolor y que confía en que algo o alguien le ayude a obtenerlo (Goodwin y Cols., 1979; McCaffery, 1979).

Si el médico prescribe un placebo, la enfermera puede afrontar dicha prescripción con las siguientes estrategias:

- Discutir con el médico sus razones para usar un placebo.
- Usar las investigaciones para demostrar que el uso del placebo es inadecuado para diagnosticar el dolor:

Aproximadamente el 33% de las personas con estímulos físicos obvios para sentir dolor informan de un alivio adecuado con un placebo (Lasagna y Cols., 1954; Goodwin y Cols. 1979)

Aunque el mecanismo que subyace en la analgesia por placebo no es bien conocido, tiene unas bases fisiológicas e implica posiblemente un aumento de las endorfinas (Grevert y Cols., 1983; Levine y Cols., 1978)

- Sugerir otras estrategias para controlar el dolor del paciente, por ejemplo, la implantación de una hoja de evaluación continuada o un registro diario que permita planificar cambios y alternativas. - Si el médico continúa insistiendo en la administración de un placebo, la enfermera puede negarse, comunicándose a la supervisión para que tenga el apoyo de la administración.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y CONTROL

Escalas de intensidad del dolor

1- Escala simple descriptiva de la intensidad del dolor(1)

-----	-----	-----	-----	-----	-----
Ningún	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor	Peor
dolor	leve	moderado	fuerte	muy fuerte	dolor posible

2- Escala numérica 0-10 de intensidad del dolor(1)

---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor			Dolor moderado					Peor dolor posible		

3- Escala análoga visual (VAS, siglas en inglés)(2)

-----	-----
Ningún dolor	Dolor más fuerte que pudiera existir

(1) Si se usa como una escala gráfica de clasificación, se recomienda una línea de base de 10cm.

(2) Se recomienda una línea de base de 10cm para las escalas VAS.

PRINCIPALES TIPOS DE DOLOR CLASIFICACION Y PLANTEAMIENTOS TERAPEUTICOS

Existen diferentes clasificaciones del dolor, que tienden a reflejar el concepto de los enfoques terapéuticos. La más aceptada es la Classification of Chronic Pain de 1986:

DOLOR AGUDO

Como características definitorias, que lo distinguen de los demás tipos de dolor:

- Remite a medida que se produce la curación, es decir, tiene un final predecible.
- Es de breve duración, o por lo menos de duración inferior a 6 meses.
- Decir dolor agudo no quiere decir dolor intenso y súbito, sino que un dolor agudo puede ser de inicio lento o súbito, y presentar cualquier intensidad variando de leve a intenso.

DOLOR CRONICO

Es aquel que tiene una duración de seis meses o más. Existen varios tipos de dolor crónico:

- Dolor agudo recurrente o dolor intermitente: Son períodos de dolor autolimitados, con un final predecible, pero que tienden a recaer. Entre episodios el paciente está totalmente libre de dolor. Por ejemplo, las cefaleas migrañasas.
- Dolor limitado o dolor crónico agudo: Es un dolor que puede durar meses o años, pero que tiene una alta probabilidad de finalizar. El dolor se presenta casi a diario durante un periodo de tiempo muy prolongado. Por ejemplo, quemaduras o heridas de muy lenta cicatrización, dolor canceroso que cederá con la muerte del paciente, etc.
- Dolor crónico persistente o no maligno: A veces también llamado dolor crónico benigno, si bien este término tiende a desaparecer porque tiende a dar poca importancia al cuadro.

El paciente puede estar gravemente incapacitado por el dolor, apareciendo entonces el llamado síndrome de dolor crónico benigno intratable. La intensidad de este dolor puede variar de leve a extrema.

Como características definitorias podemos resaltar que se debe siempre a causas que no amenazan la vida del paciente, que no responde a los métodos de los que disponemos actualmente para el tratamiento del dolor y que puede continuar durante el

resto de la vida del paciente. Por ejemplo, artritis reumatoide, neuropatías periféricas, dolor del miembro fantasma, espondilitis anquilosante, etc.

En cuanto a los planteamientos terapéuticos recomendados por los especialistas del dolor, existe una gran controversia.

En general, si cabe predecir el final para el dolor, ya sea por control de la causa o por muerte del paciente, se utilizan tratamientos más agresivos, mientras que si no cabe predecir la finalización del dolor se utilizan métodos más conservadores.

INSTRUMENTOS DE VALORACION DEL DOLOR

La valoración del dolor debe ser el paso inicial para la comprensión y consecución de los objetivos del paciente, pero lamentablemente este paso suele omitirse.

En un estudio realizado por Donovan y Cols. en EEUU sobre 353 pacientes hospitalizados en un área medicoquirúrgica y aquejados de dolor, menos de la mitad de ellos recordaban que algún miembro del equipo de salud les hubiera preguntado sobre su dolor.

En España la cifra sería aún más desalentadora.

Sin embargo disponemos de varios métodos para la valoración del dolor. El cuestionario McGill es el más conocido, si embargo es largo y complejo, muy apropiado para la investigación pero poco apropiado para el uso clínico general.

Recientemente se ha desarrollado la forma abreviada de este cuestionario McGill que es mucho más manejable en la práctica clínica. En cualquier caso, todos los estudios coinciden en que es necesario un instrumento de valoración inicial del dolor y un registro de valoración continuada.

➤ Instrumento de valoración inicial del dolor

Se basa en el cuestionario McGill abreviado y comprende de diez secciones que nos permiten obtener la información necesaria para enfocar adecuadamente un plan de cuidados. La información debe obtenerse directamente del paciente siempre que se pueda. Si nos la proporciona un familiar debe quedar anotado, puesto que esta información no es tan fiable. Las secciones de que consta son:

- 1.- Localización del dolor: Utilizando las figuras de frente, de espaldas y de perfil se le pide al paciente que ponga una marca allí donde le duele.
- 2.- Intensidad del dolor.- En una escala de 0 a 10 se le pide al paciente que nos diga qué número daría al dolor más intenso que siente y al menos intenso.

Es importante también preguntarle qué número daría al dolor que tiene un nivel aceptable para él, ya que esto no da la individualidad de la tolerancia al dolor de cada uno de nuestros pacientes. Este número aceptable para el paciente (o umbral de tolerancia) se convierte inmediatamente en el objetivo por el que el equipo de salud debe trabajar.

Las ventajas de disponer de una escala numérica para describir la intensidad del dolor son muchas, entre las que podemos destacar la facilidad de la transmisión de información entre los miembros del equipo (es más exacto decir que un paciente tiene un dolor de 8, que decir que le duele mucho, que se puede someter a diferentes interpretaciones), nos hace comprender más claramente la experiencia del paciente, y, sobre todo, es un método para evaluar la eficacia de nuestras actuaciones porque las documenta claramente.

En lugar de la escala numérica se puede utilizar la escala analógica visual, que se considera por algunos investigadores un método más sensitivo y fidedigno para medir la intensidad del dolor (Chapman y cols., 1985; Syrjala y Chapman, 1984; Wallenstein y cols., 1980).

El paciente marca la calificación directamente en la escala. Es necesario entonces usar siempre la misma escala en el mismo paciente. Con estas escalas se consiguen datos específicos, concisos y consistentes.

3.- Calidad del dolor.- Se le pide al paciente que describa su dolor y lo clasifiquemos en una de las 15 descripciones que incluye el formato, que son:

- Pulsátil.
- Fulgurante.
- Penetrante.
- Agudo.
- En forma de calambres.
- Como si le royeran.
- Como si le quemaran.
- Fijo y continuo.
- Sensación de pesadez.
- Dolorimiento.
- Como si le partieran en dos.
- Agotador.
- Le provoca náuseas.
- Atemorizador.

- Torturador.

Las descripciones del dolor son muy útiles para determinar su origen y poner en práctica medidas efectivas para su control. Por ejemplo, un dolor que el paciente describe como en forma de calambres, probablemente se deba a una lesión del tejido nervioso, y este dolor no cederá con analgésicos opiáceos.

- 4.- Inicio, duración, variaciones y ritmos. Informarse de cuanto tiempo hace que el paciente sufre ese dolor, si ha variado de intensidad o de calidad desde que comenzó a sentirlo, cuánto dura cada episodio doloroso, si es más frecuente en alguna hora del día, etc.
- 5.- Manera de expresar el dolor.- En pacientes que no pueden comunicarse o no pueden hacerlo correctamente habrá que investigar las expresiones faciales, posturas corporales, etc.
- 6.- Alivio del dolor.- Investigar qué métodos específicos para el alivio del dolor ha utilizado en casa, si han sido efectivos, y si es así intentar incluirlos en el plan de cuidados que se lleve a cabo en el hospital.
- 7.- Causa e incremento del dolor.- Investigar qué actividades o movimientos originan o empeoran el dolor, para así poder planificar cuidados de modo que se eviten estos incrementos.
- 8.- Efectos del dolor.- Investigar la extensión de la interferencia en su vida diaria. Preguntarle si le impide realizar actividades laborales y de ocio, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades de la vida diaria o todo tipo de actividad.

Investigar si le impide dormir o si el dolor le despierta por las noches.
- 9.- Otros comentarios.- El cuestionario incluye un espacio para que se registre cualquier otra información que se considere importante.
- 10.- Plan.- Se decide el objetivo y el plan que se va a seguir para conseguirlo.

Registro de valoración continuada del dolor:

Permite una actualización continuada de la valoración inicial. En ella se anota cómo va variando la valoración del dolor en función de los distintos tratamientos médicos, de enfermería o combinados que vamos administrando al paciente.

TEORIAS SOBRE EL DOLOR

Si bien no se conoce el mecanismo exacto de la transmisión y percepción del dolor, las investigaciones neurofisiológicas, psicológicas y sociológicas han contribuido a la formación de diferentes teorías sobre el dolor. A continuación revisaremos algunas de ellas:

✎ Teoría del control de la especificidad

Sostiene que los estímulos dolorosos entran en la médula espinal por los nervios raquídeos y sinapsan ipsolateralmente. Después se elevan varios niveles en el fascículo de Lissauer y a continuación cruzan la médula y ascienden al tálamo, donde sinapsan nuevamente para llegar a la corteza cerebral y hacerse conscientes.

✎ Teoría del patrón.

Sostiene que los estímulos dolorosos entran desde los nervios a través de los ganglios de las raíces dorsales de la médula espinal.

La llamada célula T que se encuentra en el asta lateral de la medula espinal emite una respuesta, parte de la cual se convierte en un impulso a los mecanismos más altos del tallo encefálico. Estos a su vez modulan la respuesta por acción sobre la célula T, la cual descarga y envía impulsos al cerebro que causan percepción, y al músculo estriado, facilitando la respuesta.

✎ Teoría del control de puerta

La teoría del control de puerta fue propuesta inicialmente en 1965 por Melzack y Walt, y algunas partes de esta teoría son especialmente útiles en la práctica clínica enfermera.

Sostiene que hay dos fibras paralelas, ambas con los cuerpos celulares en los ganglios de la raíz dorsal. La fibra más gruesa tiene efectos básicamente inhibitorios, mientras que la más fina tiene efectos facilitatorios.

La fibra gruesa puede actuar también sobre los mecanismos centrales del cerebro, si bien las vías para la acción no han sido definidas, pero ya se habla de las vías de las endorfinas.

Esta teoría como hemos dicho anteriormente, presenta aspectos muy útiles en la práctica clínica enfermera. Por ejemplo, si es cierto que la estimulación de la fibra gruesa tiene efectos inhibitorios, como la piel está ricamente dotada de estas fibras, las estimulación cutánea puede ser útil para el tratamiento paliativo del dolor.

Por otra parte, parece ser que el sistema reticular del tronco del encéfalo puede inhibir los estímulos que le llegan, incluyendo el dolor, si el paciente recibe estímulos

sensoriales suficientes o en exceso. Por tanto, la estimulación sensorial sería útil como tratamiento del dolor.

Además, la teoría del control de puerta sugiere que el dolor se alivia mediante señales inhibitorias procedentes de la corteza cerebral y el tálamo.

Así pues, el dolor se vería aliviado por la reducción de fuentes innecesarias de ansiedad y por el aumento de la sensación de confianza y el control del paciente respecto al dolor. Esto último es lo que se utiliza en los cursos de psicoprofilaxis del parto.

CONTROL FARMACOLOGICO DEL DOLOR.

La responsabilidad del control farmacológico del dolor recae sobre todo el equipo de salud. Las personas claves implicadas con mayor frecuencia son el médico, la enfermera y el paciente.

La prescripción médica de analgésicos está influida por la patología física del paciente, las recomendaciones sobre los cambios de los analgésicos se basan en las valoraciones enfermeras de las respuestas del pacientes, y éste último es el único que puede sentir el dolor o el alivio, por tanto, es el que contribuye informando sobre el dolor.

En principio, la vía oral es la de primera elección y puede controlar en dolor intenso si:

- El paciente puede tragar.
- Están controladas náuseas y vómitos.
- Se ha empleado un planteamiento preventivo.
- Se está usando la dosis correcta.

Tampoco hay que tener miedo a la adicción cuando la medicación se toma para controlar el dolor. La mayoría de las personas dejan de tomar la medicación cuando el dolor desaparece.

Emplear un planteamiento preventivo significa ir por delante del dolor, esto es, el analgésico se administra antes de que el dolor aparezca o aumente. Tenemos entonces dos modalidades de administración:

1. DED (durante el día a intervalos programados regularmente). Se utiliza cuando el dolor previsiblemente aparecerá a lo largo de 24 horas. Este método justifica despertar al paciente para administrar el analgésico cuando el dolor normalmente le despierta por la noche o despierta por la mañana con dolor incontrolado.
2. SN {según necesidades, lo cual requiere un exhaustivo control y valoración por parte de la enfermera). En caso de dolores no predecibles puede ser ade-

cuada la administración ocasional de analgésicos, en vez de la programada, pero entonces debe administrarse cuando el dolor comience a aparecer y antes de que se des controle.

INTERVENCIONES FARMACOLOGICAS

AINE

En este grupo, también conocido como analgésicos-antitérmicos, se incluyen aquellos fármacos analgésicos que no tienen propiedades narcóticas, es decir, no producen somnolencia, sedación ni euforia. Se usan para dolores de reducida intensidad, no viscerales habitualmente, como las artralgias, mialgias y cefalalgias.

Se componen de tres grupos de fármacos: el ácido acetilsalicílico (AAS), paracetamol y pirazonas. Este último grupo no se usa en algunos países debido a los graves efectos secundarios que pueden producir, si embargo en nuestro país se utilizan ampliamente, quizá excesivamente, si bien algunos de ellos han sido retirados del mercado.

➤ Acido acetilsalicilico y derivados.

Inhiben la producción periférica de prostaglandinas, específicamente la PGE-2, que se libera en el punto donde se ha producido la lesión. La PGE2 es la responsable de la suelta de mediadores de la inflamación como la bradiquinina y la histamina, induciendo el dolor.

Su acción antiinflamatoria está también relacionada con la inhibición de las prostaglandinas.

Su acción antitérmico es central, sobre el hipotálamo. Los pirógenos (sustancias procedentes de los neutrófilos en presencia de gérmenes) producen elevación de la temperatura corporal al bloquear la actividad neuronal del centro termorregulador, que se comporta como un termostato. El AAS va a normalizar la acción de este centro induciendo la vasodilatación y el aumento de la sudoración, produciendo pérdida de calor y disminución de la fiebre.

Los efectos secundarios deben ser tenidos en cuenta. El AAS es sin duda el fármaco más consumido sin control médico para el tratamiento del dolor y la fiebre, con un absoluto desconocimiento de sus riesgos.

Produce frecuentemente irritación gástrica, debido a la inhibición de la PGE2 que protege la mucosa gástrica, pudiendo llegar a ocasionar hemorragias. El riesgo es mayor en pacientes con úlcera gastroduodenal.

Por otra parte, es un antiagregante plaquetario, por lo que el riesgo de hemorragia aumenta. Además, si la dosis es muy elevada antagoniza con la vitamina K, reduciendo la producción de los factores dependientes de ella.

También debe tomarse en consideración el riesgo de fenómenos alérgicos como reacciones dérmicas, edema laríngeos y desencadenamiento de crisis asmáticas, más frecuente en pacientes que presentan historia de enfermedades alérgicas, como asma intrínseco.

La ingesta de grandes dosis de salicilatos produce efectos sobre el SNC, como trastornos de la audición y tinnitus, cefalea, vértigo, somnolencia, sudoración, hiperventilación con alcalosis respiratoria, diplopia y vómitos. Si es más severa la intoxicación puede llegar a producir depresión respiratoria.

La dosis usual es de 500-1000 mgrs. en adultos y de 15 mgr/kg de peso en niños.

Entre los derivados destacan el acetilsalicilato de lisina, compuesto soluble para la administración iv., y el diflunisal que parece producir menos efectos gástricos y ser de mayor duración.

Algunos preparados se presentan con cubierta entérica para impedir la absorción en el estómago y la irritación consiguiente. En cualquier caso, es recomendable disolver el comprimido e ingerirlo con leche.

➤ **Paracetamol o acetaminofén.**

Es un metabolito de la fenacetina, mucho más potente y con menos efectos tóxicos, por ello no se usa la fenacetina.

No tiene acción antiinflamatoria periférica. El efecto analgésico es por inhibición de la prostaglandinas. Es antitérmico por el mismo mecanismo de acción que el AAS.

Como ventajas podemos destacar que no es antiagregante plaquetario y que no produce irritación gástrica.

A dosis altas presenta toxicidad (dosis de 15-25 grs.), induciendo necrosis hepática severa que puede llegar a ser mortal.

La dosis para adultos es de 600 mgrs. y para niños de 15 mgrs./kg. de peso, administrándose por vía oral o rectal, y presentando muy buena absorción.

➤ **Pirazonas**

Son también antitérmicos y analgésicos que actúan como los salicilatos, inhibiendo la PGE₂ periféricamente. Los fármacos más utilizados son los del grupo de la dipirona magnésica y sódica y la propifenazona.

La dipirona produce menor irritación gástrica que los salicilatos, pero presentan también riesgo de agranulocitosis. Además pueden producir leucopenia y trombopenia,

que desaparecen al suprimir el fármaco, y reacciones alérgicas, más frecuentemente en pacientes asmáticos.

La dipirona es antiinflamatorio, antitérmico y analgésico más potente en sus tres acciones que los fármacos de los grupos anteriores. Por ello se utiliza para el tratamiento del dolor medio, y también del dolor visceral por tener un efecto relajante de la fibra muscular lisa. También se comercializa asociado a espasmolíticos y a otros analgésicos.

La dosis habitual es de 500 mgrs. en adultos. Se absorbe bien por vía oral, y también puede administrarse por vía parenteral. En la vía iv. puede producir sensación de calor, palpitaciones, hipotensión y náuseas en administración rápida.

No hay datos acerca de la utilidad de emplear la perfusión continua. Tampoco se sabe si los envases de PVC pueden alterar la estabilidad del producto.

En cualquier caso, no añadir nunca dipirona a soluciones correctoras del pH, puesto que son incompatibles, ni a soluciones para nutrición parenteral.

ANALGESICOS OPIACEOS

Son drogas que proceden del jugo de la "adormidera" o *Papaver somniferum*. El alcaloide natural más significativo obtenido del opio es la morfina, y es el que se utiliza como patrón para comparar con el resto de los fármacos de este grupo.

Se utilizan para el tratamiento del dolor de mediana a gran intensidad, si bien alguno de sus derivados tienen otras indicaciones terapéuticas. Por ejemplo, la codeína se utiliza como antitusígeno.

El difenoxilato es un buen antidiarreico que no produce efecto sobre el SNC a las dosis habituales. La loperamida también se utiliza como antidiarreico que no tiene acción sobre el SNC porque no atraviesa la BHE. La apomorfina se utiliza como fármaco emetizante.

Aquí vamos a estudiar los fármacos opiáceos que se utilizan habitualmente en el tratamiento del dolor. Al ser un grupo muy numeroso vamos a tratar los que están comercializados en nuestro país: morfina, metadona, codeína, meperidina, propoxifeno, buprenorfina y pentazocina. También hablaremos de su antagonista más utilizado, la naloxona.

➤ Morfina

La morfina actúa estimulando los mismos receptores opiáceos que estimulan las endorfinas u opiáceos endógenos. Estos receptores se encuentran localizados irregularmente por el cerebro, y cuando son estimulados producen un efecto de inhibición. De

esta forma atenúan la sensación dolorosa y anulan o reducen bastante la sensación desagradable que acompaña al dolor.

Esto es muy útil, porque el enfermo puede seguir localizando el dolor y su calidad, pero lo tolera sin dificultad. En caso de dolor moderado puede llegar a desaparecer por completo.

La morfina produce acciones depresoras y acciones estimulantes del SNC. Entre sus acciones depresoras la más importante es la analgesia, pero además produce somnolencia y un cierto grado de obnubilación, fenómeno denominado narcosis.

A dosis terapéuticas bajas produce depresión respiratoria por acción central, con una disminución de la frecuencia y el volumen respiratorio. Si las dosis son más elevadas puede llegar a producir parada respiratoria.

También produce una disminución del reflejo de la tos. Como acciones inhibitorias periféricas destacaremos la disminución del peristaltismo, la hipotensión por vasodilatación o liberación de histamina y la bradicardia. Todos estos efectos, aunque llamativos, no son importantes a menos que el paciente se encuentre en shock o sea cardiópata.

Entre sus acciones estimulantes se incluye la miosis, que es muy intensa a dosis altas. También produce estimulación central del reflejo del vómito y sensación de euforia, si bien en las primeras dosis puede no aparecer este último efecto y el paciente puede notar malestar o disforia en lugar de euforia, acompañado de vómitos.

Es muy frecuente que también presente sudoración. En el tubo digestivo produce un aumento del tono intestinal, que junto con la disminución del peristaltismo produce un marcado estreñimiento. Así mismo, se produce un aumento de tono de la vía biliar con espasmo del esfínter de Oddi.

También puede producir aumento del tono de la vejiga urinaria, con dificultad para la micción, e incluso RAO.

La intensidad del efecto de la morfina en los tratamientos crónicos va disminuyendo progresivamente.

Este es el fenómeno que conocemos como "tolerancia", que consiste en que se necesita aumentar las dosis gradualmente para obtener los mismos resultados, y ocurre con todos los efectos de la morfina, excepto con el estreñimiento.

Además, todos los opiáceos presentan tolerancia cruzada, esto es, cuando el paciente desarrolla tolerancia a un opiáceo, la desarrolla a todos los demás.

Con el uso crónico de fármacos opiáceos se corre el riesgo de que aparezcan fenómenos de dependencia física y psíquica. El paciente demanda la administración del

fármaco, y cuando se suspende aparece el llamado síndrome de abstinencia, caracterizado por ansiedad y malestar general entre otros síntomas.

Este fenómeno es más frecuente cuanto más alta es la dosis o cuando el sujeto no tenía dolor.

La absorción oral de la morfina es baja y errática. Por ello se suele administrar por vía subcutánea o por vía endovenosa. La dosis inicial suele ser de 3-5 mgrs. a repetir según necesidades, pero hay que tener cuidado, puesto que con esta dosis ya puede producir depresión respiratoria. La duración del efecto es de cuatro a cinco horas.

En pacientes irrecuperables con dolor crónico se utiliza la solución de Bromtom, que es un preparado oral de 1 mgr. de morfina por ml. de solución, administrado a dosis precisas cada 4 horas.

La morfina está indicada en el tratamiento del dolor por diversas causas. Se utiliza cuando han fallado otros tipos de analgésicos, o bien cuando la experiencia clínica nos dice que el dolor que sufre el paciente es demasiado intenso, por ejemplo, en el caso del dolor precordial del infarto agudo de miocardio.

Deben ajustarse muy bien las dosis para calmar el dolor, pero no hay que tener miedo a la adicción. Existe gran tendencia a infraanalgesiar a los pacientes por miedo a los riesgos de toxicidad y a la adicción, si embargo es bien conocido que un enfermo con dolor intenso difícilmente presenta adicción a los morfícos.

También está indicado en el edema agudo de pulmón, debido a su efecto vasodilatador, ya que produce una disminución de la precarga, mejorando la disnea del paciente. Además, debido a su efecto narcótico también le disminuye la ansiedad y la angustia provocada por la disnea.

Es muy utilizado en las unidades de cuidados intensivos para favorecer la adaptación de los enfermos al respirador, debido a que suprime o reduce la respiración espontánea.

Además estos enfermos, debido a su situación crítica, van a sufrir intervenciones terapéuticas agresivas, y por ello deben estar analgesiados y sedados para evitar el estrés. Ello se consigue con dosis adecuadas de morfina y diazepam asociados, administrados intermitentemente.

Hay que utilizar la morfina con mucha precaución en pacientes respiratorios, debido a su efecto depresor, a excepción del edema agudo de pulmón. Está contraindicado su uso en el tratamiento del dolor del cólico biliar, debido a que produce un espasmo del esfínter de Oddi que empeora el cuadro. La meperidina es más aconsejable, porque produce menos espasmo.

Al ser un fármaco que se metaboliza en el hígado, debe evitarse su uso en pacientes con insuficiencia hepática grave, ya que se aumenta la intensidad y se prolongan los efectos del mismo.

En los pacientes con IAM se puede utilizar, pero hay que monitorizar estrechamente la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

No debe usarse en el parto, porque atraviesa la barrera placentario y produce depresión respiratoria en el feto en el momento del nacimiento.

La morfina se puede administrar por vía subcutánea o por vía intravenosa, tanto directa (en este caso hay que diluir con al menos 5 ml. de agua destilada y administrar en 5-10 minutos), perfusión continua o perfusión intermitente.

Es compatible con los principales fluidos iv. utilizados en clínica: suero glucosado al 5%, suero glucosalino, Ringer lactado y suero salino. A 25° es estable unas 36 horas.

Se puede administrar tanto en envases de vidrio como de cloruro de polivinilo (PVC). Es compatible en la misma mezcla con la dobutamina y el verapamilo, pero en este caso disminuye su estabilidad, que se reduce a 24 horas a 25°.

➤ **Codeína**

Su mecanismo de acción, al igual que el resto de los fármacos opiáceos, es el mismo que el descrito para la morfina.

La codeína se utiliza como antitusígeno en caso de tos irritativa y no productiva. En el tratamiento del dolor nos interesa su uso asociado a otros analgésicos no opiáceos, como el AAS y el paracetamol.

Su efecto analgésico es mucho menor que el de la morfina, pero superior a los analgésicos a los que se asocia, obteniendo de esta forma un fármaco analgésico de intensidad media. Su efecto narcótico es muy reducido.

Se absorbe aceptablemente por vía oral, a dosis de 30-60 mgrs.

➤ **Metadona**

Tiene los mismos efectos que la morfina, con una potencia antiálgica similar. Se utiliza, además de como analgésico, como tratamiento del síndrome de abstinencia de los pacientes heroínómanos, debido a que, aunque su potencia es mucho menor que la de la heroína, su efecto es más prolongado.

➤ **Propoxifeno**

Es un 50% menos potente que la codeína, por ello se utiliza en el tratamiento del dolor de baja intensidad. No produce adicción. También se suele usar asociado a paracetamol y AAS.

↳ **Meperidina**

Es un opiáceo de síntesis, con una potencia narcótica similar a la de la morfina, sedante, euforizante y produce la misma depresión respiratoria que la morfina. Sin embargo, su poder analgésico es 10 veces menor, aunque tiene la misma duración. A dosis altas puede producir temblor, fasciculaciones y convulsiones, como acciones exclusivas de este fármaco que no presenta ningún otro opiáceo. Se utiliza en enfermos con dolor intenso, y es muy útil en el cólico biliar y en la pancreatitis, porque afecta mucho menos que la morfina al esfínter de Oddi.

Se administra igual que la morfina y su estabilidad es similar.

↳ **Pentazocina**

Es un fármaco agonista-antagonista leve, es decir, si hemos administrado previamente un opiáceo, la pentazocina antagoniza sus efectos.

Tiene la tercera parte de potencia que la morfina, con el mismo mecanismo de acción. Produce menos adicción que el resto de los opiáceos.

La dosis habitual es de 30 mgr. administrados por vía oral, rectal o parenteral. Cuando se superan dosis de 60 mgrs. pueden aparecer trastornos psíquicos como ansiedad, alucinaciones y pesadillas.

Es muy útil en enfermos con IAM, puesto que produce ligera hipertensión y taquicardia. En este caso se administra a dosis de 15 mgr. en inyección iv. lenta.

Se puede administrar por vía iv.».. con una dosis máxima de 60 mgrs. Cuando sea necesario administrar dosis múltiples es preciso ir cambiando el lugar de administración. Se puede administrar en inyección intravenosa directa a dosis máxima de 30 mgrs. y en percusión intermitente, pero no en percusión continua. Se puede diluir con suero glucosado al 5%, Ringer lactado o salino.

Es estable en vidrio y en PVC. Al administrar con equipo en Y consultar la tabla de incompatibilidades, puesto que es incompatible con la mayoría de los fármacos de carácter básico, como aminofilina, barbitúricos, etc., aunque no con todos, por ejemplo puede administrarse con cloruro potásico, heparina sódica, hidrocortisonas, vitaminas del complejo B y C, etc.

↳ **Buprenorfina**

Es también un fármaco agonista-antagonista, por ello no debe utilizarse junto con otros opiáceos. Tiene una buena absorción oral, sublingual e intramuscular. La du-

ración de su efecto es prolongada y presenta pocos efectos secundarios a las dosis habituales. Su potencia analgésica es mucho mayor que la de la morfina.

➤ **Antagonistas de los opiáceos: naloxona**

La naloxona es un antagonista puro muy efectivo. Si previamente no se han administrado opiáceos no tiene ningún efecto, pero si el paciente ha recibido opiáceos previamente, antagoniza todos sus efectos de una forma muy rápida.

Se administra por vía iv. a dosis iniciales de 0.4 mgrs., si bien hay que repetir la dosis, puesto que la duración de sus efectos es mucho menor que la de cualquier opiáceo.

Las vías de administración permitidas son la im., iv. directa (puede administrarse en bolo y sin dilución previa), en perfusión continua o en perfusión intermitente con suero glucosado 5% o con suero salino (no es compatible con Ringer lactado).

En perfusión continua es estable durante 24 horas a 25°. Se puede administrar tanto en envases de vidrio como de PVC. Es compatible en la misma mezcla iv. con el verapamilo.

TECNICAS NO INVASIVAS DE CONTROL DEL DOLOR

ESTIMULACION CUTANEA

Consiste en la estimulación de la piel con el fin de aliviar o suprimir el dolor. Para que la técnica sea adecuada debe cumplir los siguientes requisitos:

- No causar lesiones, o bien presentar un riesgo muy bajo de causarlas cuando la técnica se usa adecuadamente.
- Estar fácilmente disponible en el hospital o en el domicilio.
- Necesitar poca experiencia para ser usadas de modo seguro y eficaz.

Las técnicas de estimulación cutánea que se utilizan son las siguientes: masaje superficial, presión/masaje, vibración, calor y frío superficiales, aplicación de hielo/masaje, aplicación de criolíquidos y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET).

Estos métodos de estimulación cutánea no son terapéuticos ni curativos, sino que son métodos paliativos utilizados con el objetivo de aliviar el dolor. Consiguen aliviar o disminuir la intensidad del dolor durante y/o después de la estimulación.

Algunos de ellos tienen efectos relajantes o de distracción que también contribuyen al control del dolor. Además, todos ellos favorecen el contacto terapéutico, que como sabemos, está demostrado que disminuye la ansiedad asociada al dolor.

Los mecanismos por los cuáles la estimulación cutánea disminuye el dolor son desconocidos. Si recordamos la teoría del control de puerta, ésta nos sugiere que la estimulación cutánea estimula las fibras gruesas, lo cual produce a su vez una inhibición de los mensajes dolorosos transportados por las fibras finas.

Otros autores sostienen que la estimulación cutánea aumenta la producción de endorfinas, y que ése es precisamente su mecanismo de acción.

Además, algunas técnicas, como la vibración o la aplicación de frío en forma de hielo o criolíquidos producen anestesia parcial o entumecimiento de la piel.

Los beneficios de la estimulación cutánea han sido ampliamente estudiados, disminuye la intensidad del dolor y a veces lo elimina. Alivia el espasmo muscular secundario a patologías esqueléticas o articulares o a la irritación de una raíz nerviosa, por consiguiente permite también un aumento de la actividad física y capacidad para realizar ejercicios terapéuticos del paciente debido al alivio del espasmo y/o a la disminución de la percepción del dolor.

Además algunos pacientes afirman que estas técnicas les relajan y distraen" promoviendo una relajación general y una disminución de la ansiedad.

Refuerzan la relación terapéutica enfermera-paciente y mejoran la imagen corporal de los pacientes sometidos a amputaciones o largos períodos de dolor. Son técnicas que requieren muy poca participación del paciente, por lo que se pueden emplear sin problemas en enfermos agotados. Algunos de estos métodos pueden ser utilizados fácilmente por el paciente, lo cuál le da una sensación de control e independencia.

Por contra, existen una serie de limitaciones y desventajas. El alivio del dolor puede ser malinterpretado por el paciente como indicativo de curación. Además, algunos métodos son inaceptables para el paciente (el frío y la estimulación eléctrica con mayor frecuencia). Su eficacia suele ser subestimada tanto por el paciente como por los miembros del equipo de salud. A pesar de tomar todas la precauciones debidas, pueden producirse lesiones hísticas accidentales.

Selección del método de estimulación cutánea:

- Masaje: Tiene efectos secundarios y contraindicaciones mínimos. Se necesita bastante tiempo y solo puede aliviar el dolor leve, pero no es preciso que el dolor sea localizado.
- Presión/masaje: Consiste en presionar y masajear los puntos de acupuntura o los puntos gatillo y puede ser muy eficaz, aunque es molesto en el momento de la estimulación. Como desventaja requiere que el personal que va a utilizar la técnica conozca los puntos adecuados y lleva un tiempo encontrarlos en cada paciente.

- Vibración: Es una forma más vigorosa de masaje y suele ser más efectiva, con poco riesgo de ocasionar lesión hística. Se administra con aparatos vibradores y es más barato que la ENET.
- Calor y frío: Más eficaces cuando se trata de un dolor bien localizado. El frío tiene más ventajas que el calor: los efectos indeseables y las contraindicaciones son más frecuentes con el calor (quemaduras, posibilidad de producir hemorragias e inflamación), y cuando el frío alivia el dolor es más efectivo que el calor. Sin embargo los pacientes lo aceptan peor, porque es más desagradable su aplicación.
- Aplicación de masaje con hielo: Se debe usar durante 10 minutos como máximo, y se utiliza en caso de dolor muy localizado e intenso. Es una técnica molesta para el paciente, si bien es muy efectivo.
- Aplicación de criolíquidos: Como el mentol. Su efecto aumenta a mayor concentración de mentol, si bien es molesto para el paciente. A veces el olor resulta muy desagradable y el enfermo rechaza esta técnica. Una vez aplicado proporciona una estimulación continua, por ello es muy adecuado para utilizarlo por la noche o en dolores prolongados.
- ENET: Consiste en la aplicación de electrodos que proporcionan pequeñas descargas eléctricas. En comparación con los anteriores es un método más caro, pero es muy efectivo y su uso está apoyado por numerosas investigaciones.

Selección del lugar de estimulación:

Se puede estimular directamente sobre o alrededor del lugar del dolor, pero no siempre es el mejor sitio. Los mecanismos por los cuales se alivia el dolor estimulando puntos distantes a éste no son bien conocidos.

Se sabe que la estimulación de un punto produce efectos, al menos leves, en otros sitios distantes, lo que se conoce como respuesta consensual. Se cree que se producen impulsos nerviosos que actúan como un complejo mecanismo neuronal inhibitorio que conduce al alivio de otro dolor.

En un estudio que se realizó en EEW (Parsons y Goezl, 1945) se comprobó que la pulverización de cloruro de etilo (sensación de frío) hasta producir dolor en la pierna redujo el dolor producido por un empaste dental.

También hay investigaciones que demuestran que la estimulación del punto de Hoku (en la tabaquera anatómica, a nivel del segundo metacarpiano) alivia el dolor dental y, en general, los dolores que se producen por encima del cuello. También se consigue sumergiendo la mano en hielo o estimulando entre el cuarto y quinto dedo.

También se ha postulado con la posibilidad de que el área cerebral responsable de ejercer el control sobre las señales inhibitorias del dolor no tenga una representación del cuerpo humano anatómicamente correcta.

Ciertas partes corporales pueden ser más grandes o más pequeñas en la representación cerebral que en la realidad y, además, algunas áreas pueden estar más cerca de otras en el cerebro de lo que lo están en la realidad.

De esta forma, al estimular un área podemos "salpicar" un área cercana y enviar señales inhibitorias a la zona que nos interesa.

De esta forma, la estimulación cutánea se puede ejercer en los siguientes puntos:

- Directamente o alrededor del lugar del dolor.
- Proximal al dolor: entre el dolor y la cabeza.
- Distal al dolor.
- Contralateral al dolor.
- Ipsilateral al dolor.
- En un punto de acupuntura En un punto gatillo.

DISTRACCION

Se define como centrar la atención del paciente en estímulos diferentes a la sensación dolorosa. Es un tipo de protección sensorial, es decir, el paciente se protege a sí mismo de la sensación dolorosa aumentando otros inputs sensoriales: auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos.

De esta forma el dolor pasa a la periferia de la conciencia, pero cuando el estímulo cesa, la atención se centra de nuevo en el dolor.

Como beneficios de la distracción podemos resaltar que aumenta la tolerancia del paciente al dolor y la calidad de la sensación se hace más aceptable. Aumenta su autocontrol sobre el dolor y disminuye su intensidad.

Los inconvenientes es que el personal sanitario puede dudar de la existencia o de la intensidad del dolor del paciente debido a que éste no tiene el aspecto de estar sufriendo.

Cuando la distracción ha finalizado aumenta la conciencia del dolor, el paciente está más fatigado y aumenta su irritabilidad, por lo que suele ser necesario la administración de analgésicos que le permitan descansar {no debemos ser reticentes a administrarlos tan solo porque nos pareció hace un rato que el enfermo se encontraba bien y sin dolor}.

RELAJACION

Fisiológicamente, la respuesta de relajación es la opuesta a la respuesta de lucha o huida. Consiste en un nivel normal de funcionamiento fisiológico o una disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo. Las características fisiológicas de la respuesta de relajación son:

- Disminución del consumo de oxígeno.
- Disminución de la frecuencia respiratoria.
- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Disminución de la tensión muscular.
- Tensión arterial normal.
- Aumento de las ondas alfa.

Se considera que las técnicas de relajación están dentro del ámbito de la práctica de la enfermería. La ANA (American Nurses Association) sostiene que las técnicas de relajación y sugestión pueden ser realizadas como parte integral del área de la práctica enfermera, asumiendo que las enfermeras tituladas tienen la educación y experiencia apropiadas para ello.

Estas técnicas están incorporadas en programas muy diferentes, como reducción del estrés en personas con vida muy activa, ayuda a la disminución de peso en obesos, ayuda a desintoxicación en toxicómanos, reducción de náuseas y vómitos en pacientes sometidos a quimioterapia, tratamiento de la hipertensión, psicoprofilaxis del parto, tratamiento del dolor crónico no maligno, etc.

Los beneficios de la relajación están relacionados con la interacción entre dolor, tensión muscular y ansiedad.

La persona con dolor, sobre todo al principio, va a presentar sentimientos de ansiedad, aprensión y miedo, así como cierta tensión muscular para restringir movimientos e intentar proteger la zona dolorida. Así contrae sus músculos y aprieta la mandíbula.

La relajación intenta interrumpir este círculo vicioso relajando los músculos esqueléticos. La relajación, además, mejora la sensación de autocontrol del paciente, disminuye su fatiga (una sesión de 5-20 minutos le proporciona mayor descanso que 1 hora de sueño).

También distrae del dolor, puesto que las técnicas de relajación incluyen por norma general técnicas de visualización interna. Está demostrado que aumenta la eficacia de otras medidas terapéuticas, por ejemplo, los analgésicos se hacen más efectivos.

El problema que suele acompañar a la relajación es que el equipo de salud tiende a pensar que el dolor es psicógeno o que el paciente no tiene tanto dolor como dice, puesto que la relajación ha sido eficaz, denegándole posteriormente la administración de analgésicos.

Además es solo un tratamiento adjunto para el dolor, raramente la relajación sola es suficiente para tratar el dolor, aunque se ha demostrado que, por ejemplo, la relajación progresiva disminuye el dolor de la colitis ulcerosa.

Una vez que el dolor se ha hecho intenso es muy difícil lograr la relajación, incluso para personas bien entrenadas, por ello, la relajación ayuda a prevenir las cefaleas migrañosas, pero puede que sea inútil cuando la cefalea ya se ha instaurado.

VISUALIZACION

Consiste en el uso de la imaginación del paciente para desarrollar imágenes sensoriales que disminuyan la intensidad del dolor o que lo hagan más tolerable. A esta técnica se le denomina visualización terapéutica dirigida, y consiste en que el paciente imagina de forma consciente algo sobre el dolor que le proporciona alivio, convirtiendo esta actividad en terapéutica y útil.

La visualización se ha utilizado para el tratamiento del acné, hipertensión, alcoholismo, artritis y en el de síntomas como depresión, ansiedad, náuseas y vómitos.

También se ha mostrado efectiva en el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer, lumbalgias y cefaleas.

La visualización dirigida aumenta la confianza del paciente y su capacidad de controlar la experiencia dolorosa. Además ayudan a otros métodos analgésicos, por ejemplo, está demostrado que el paciente que recibe un analgésico por vía i.m. e imagina que siente calor en esta área presenta una vasodilatación local con una absorción más rápida y efectiva del mismo.

En cualquier caso la visualización dirigida disminuye la intensidad del dolor y cambia su calidad haciéndolo más soportable para el enfermo, incluso algunos pacientes han experimentado un alivio espectacular y duradero, aunque la eficacia es altamente imprevisible.

Por supuesto, el uso de la visualización no sustituye otras medidas de alivio del dolor. Se trata de un tratamiento adyuvante, no sustitutivo. No es efectiva en todos los

pacientes con dolor, y a menudo supone una carga de trabajo importante para la enfermera, pues requiere pasar mucho tiempo junto al enfermo orientando la visualización.

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON DOLOR CRONICO

Los principales objetivos del plan de cuidados se basarán en:

- Alivio del dolor.
- Ayudar al paciente y familia a afrontar el dolor.

🦋 ALIVIO DEL DOLOR

Las actividades de enfermería encaminadas al alivio del dolor, dependerá de diversos factores:

- Estado físico y psíquico del paciente.
- Reacción individual frente al dolor y la enfermedad.
- Estímulos que acentúan o disminuyen el dolor.
- Localización.

Los objetivos de la actuación para aliviar el dolor son:

- Satisfacción de las necesidades fisiológicas.
- Satisfacción de las necesidades de comodidad, reposo y sueño.
- Satisfacción de las necesidades higiénicas.
- Administración del tratamiento farmacológico.
- Prevención de complicaciones.

🦋 MEDIDAS DE APOYO PSICOLOGICO ANTIDOLOR.

- **DISTRACCION.**- El dolor se acentúa cuando toda la atención está enfocada en él, por lo que se insta al paciente a realizar actividades que disminuyen la conciencia de que existe dolor, como la lectura, TV, juegos, debates, música, etc.. ...

Las personas cuya actividad se deriva de diferentes maneras, tienen diversas impresiones sensoriales que compiten por su atención y disminuye su percepción de las sensaciones de dolor "Mc Caffery" lo llama "escudo sensorial".

- **TECNICAS DE RELAJACION.-** El objetivo es la disminución de la tensión muscular y psíquica, a través de diversos ejercicios que permiten al individuo aislarse del exterior, controlando su cuerpo. Estos ejercicios son especialmente útiles para el dolor crónico, ya que se reduce el estrés que exacerba el dolor y ayuda al individuo a conseguir un sentido de control de su propio organismo.
- **ANALGESIA IMAGINATIVA.-** Imaginar una situación agradable cuando se aplica un estímulo doloroso hasta el punto de olvidarse del dolor; esta técnica es complicada y en la mayoría de los casos se produce más distracción en el intento de practicarla que en conseguirlo. Es un buen método en aquellos procedimientos que producen dolor como quimioterapia o cura de heridas.

✎ **MODIFICACION DEL ESTIMULO DOLOROSO.**

1. **ESTIMULACION CUTANEA.-** La estimulación actúa sobre las fibras grandes A-delta bloqueando la conducción del estímulo doloroso de las fibras pequeñas

Los métodos de estimulación cutánea más habituales son:

- Aplicación de calor o frío.
- Frotación de las zonas afectadas.
- Masajes (espalda- pies...).

La aplicación de calor tiene una función aliviadora importante, debido básicamente a su acción vasodilatadora que ayuda a arrastrar los desechos metabólicos que son considerados como los activadores químicos del dolor.

El frío tiene un efecto contrario, produciendo vasoconstricción, con lo cual disminuye la circulación periférica impidiendo la llegada de histaminas que producen la inflamación.

Se usa principalmente en los primeros momentos de un traumatismo o en situaciones de hinchazón importantes; el hielo se utiliza igualmente en ocasiones, como anestésico local ya que durante un tiempo insensibiliza las terminaciones nerviosas y evita así la transmisión de los impulsos dolorosos.

Desde muy antiguo se conocen los efectos aliviadores del masaje, especialmente en el tratamiento de dolor muscular. Su efecto se basa en la generación de calor por frotación, por lo que su efecto es similar a la aplicación de calor.

Por otra parte, un masaje lento, casi caricias, proporciona también confort en las personas, debido a la estimulación placentera que produce una relajación de las fibras musculares, disminuyendo la ansiedad y creando interacción entre la persona que proporciona el masaje y el receptor del mismo, por lo que existe una comunicación no verbal que disminuye la sensación de soledad y conforta en gran medida al paciente.

2. ACTIVACION EXTERNA DEL MECANISMO ENDOGENO DE INHIBICION DEL DOLOR.- El estudio del dolor ha conducido a una serie de técnicas cuyo objetivo es liberar las endorfinas inhibitorias de dolor. Las estimulación eléctrica externa a través de electrodos de baja intensidad pero alta frecuencia (TENS), así como la acupuntura son de reconocido éxito en el tratamiento del dolor.

✎ **DISMINUCION DE LOS ESTIMULOS SENSORIALES EXTERNOS.**

La sobrecarga sensorial produce una potenciación del estímulo doloroso, el crear un ambiente tranquilo, sosegado y confortable es el objetivo de esta medida:

- Disminución de ruidos estrepitantes o intensidad de volumen.
- Iluminación tenue y en lo posible iluminación natural.
- Evitar discusiones acaloradas cerca del paciente.
- Control de visitas, un número excesivo sobrecarga el ambiente.
- Evitar los juegos de niños (suele ser irritable).
- La música lenta y relajada con poco volumen crea una situación de gran confort.

No olvidar que la disminución de estímulos externos debe ser razonable ya que de lo contrario podríamos producir un efecto contrario al deseado por falta de distracción, se aconseja de todas formas hacer participe de ello al paciente para que él mismo determine qué es lo que le incomoda y qué le agrada, ya que en cualquier caso hay que evitar el "aislamiento social", muy habitual en individuos con una larga fase terminal.

✎ **FACILITAR EL AFRONTAMIENTO EFICAZ DEL DOLOR.**

En general se podría decir que una buena situación psíquica de aceptación del dolor ayuda en gran medida a paliarlo; por ello gran parte de la actividad de enfermería en la atención al paciente con dolor crónico será el ayudar al paciente a afrontar su situación, estas actividades son:

- Información
- Disminución de la ansiedad.

La incertidumbre y el desconocimiento de lo que está pasando, aumenta los grados de ansiedad a niveles que rozan el temor; es entonces cuando el derecho a la información se convierte en una necesidad.

La participación de los pacientes en su cuidado, comienza por el que conozcan su proceso patológico y sus características, especialmente cuando una de sus manifestaciones es el dolor.

La información sobre su padecimiento levanta expectativas más reales y permite un mejor afrontamiento del mismo y por tanto una mejor colaboración en su cuidado.

La mayoría de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en la patología oncológica, por ejemplo, son incómodos y dolorosos añadidos al dolor base producido por el tumor o metástasis, por lo que es conveniente que se le explique al paciente en que consisten, cuál es el resultado que se espera obtener y cuáles son los problemas que deberá afrontar, de la misma manera se le explicará la mejor forma de hacerlo.

Una información clave, sencilla y oportuna ayuda a cambiar la actitud de la persona frente a su patología y las consecuencias de la misma. Es conveniente que el paciente conozca los medios de los que disponemos para ayudarle a calmar el dolor.

El paciente adulto no debe ser tratado de forma paternalista ya que gran parte del éxito del tratamiento contra el dolor depende de él mismo; de la misma manera la familia juega un papel fundamental.

Con frecuencia, la familia pide al equipo médico que oculte la realidad de la enfermedad simulando otros padecimientos parecidos pero de menor grado; entramos en un terreno peligroso donde la cultura, la moral, la ética y lo conveniente compiten entre sí.

De cualquier manera, para que el paciente pueda afrontar mejor el dolor es conveniente que sepa que va a aparecer, y que hay formas de aliviarlo, y ello contribuirá en gran medida a la participación activa en el plan de cuidados y al éxito del mismo.

Medidas para disminuir la ansiedad

La ansiedad es una respuesta psicológica ante el estrés con un componente fisiológico y uno psicológico. es una sensación de temor o incomodidades de origen desconocido. la ansiedad aparece cuando una persona nota una amenaza física o psicológica (como a la autoestima, la imagen corporal, o la identidad).

La ansiedad es uno de los factores que aumentan el dolor, por lo que contribuir a que ésta disminuya es una buena medida para aliviarlo:

- Mantener una actitud tranquila y calmada.
- Ayudar al paciente a explorar sus preocupaciones asociadas con el dolor.

- Combatir el temor.
- Respeto absoluto por sus reacciones.
- Hacer partícipe a la familia de las medidas aliviadoras del dolor ayudando a paliar la soledad del paciente.
- Informar al paciente cuando hace preguntas.

Es importante recordar que la audición es considerado como el último sentido que se pierde, por lo que incluso cuando el paciente no pueda responder verbalmente, suele comprender lo que se dice alrededor, por lo que se evitarán susurros o comentarios en los que el individuo no pueda participar de alguna manera y que hacen que su grado de ansiedad aumente.

CLINICAS DEL DOLOR

Actualmente existen equipos multidisciplinares que coordinan sus esfuerzos en las llamadas clínicas del dolor.

El tratamiento contra el dolor, no sólo se basa en los aspectos clínicos y la eficacia farmacológica sino que incluyen medidas antidolor desde otros puntos de vista:

- Modificación del comportamiento.
- Combinaciones farmacológicas especiales con pautas establecidas aun si no existe dolor.
- Ejercicios y actividades antidolor.
- Apoyo a paciente y familiares para un afrontamiento eficaz del dolor.

La actividad de enfermería en estos equipos tiene por finalidad la administración farmacológica, valoración y vigilancia del paciente y sobre todo, las actividades docentes antidolor, así como el apoyo psicológico.

La interacción entre paciente, familia y enfermería es esencial para el éxito de una terapia antidolor.

APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA

- El apoyo a la familia y cuidador principal, es esencial, porque para ellos supone un gran impacto emocional ver que se presenta el final del paciente (su familiar).
- El apoyo debe basarse en una serie de puntos:
- Es muy importante mantener informada a la familia en todo momento, de la

evolución esperada, sobre todo cuando el paciente esta en el domicilio, de esta manera se evitara el ingreso por temores innecesarios en el hospital.

- Debemos intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo sus aportaciones en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.
- Brindar a la familia y amigos la oportunidad, si lo desean, de compartir sus emociones.
- Cuando el paciente esta inconsciente, animarles a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándoles a hablarle con suavidad.
- Las reacciones emocionales de los familiares y amigos pueden ser muy variadas, según la madurez personal y cultura de referencia de cada uno de ellos.
- Debemos respetar en todo momento la libre manifestación de los sentimientos, aunque no sean consideradas conductas apropiadas (gritos y llantos excesivos, etc.), permaneciendo a su lado para tranquilizarles.
- Facilitar la presencia de la familia, incluyendo a los niños, si así lo desean, entendiendo la situación que están atravesando y adaptando en lo posible las normas del centro a sus necesidades (flexibilidad en las horas de visita, posibilidad de espacios para que puedan descansar, sillones, etc.).
- Permitir que los familiares puedan participar en los cuidados para que, de esta manera, puedan sentirse más útiles.
- Algún miembro de la familia, sobre todo los que llegan a ultima hora, pueden producir alguna situación de tensión con el equipo debido a lo que ellos consideran demandas no satisfechas de cuidados. Estas actitudes deben entenderse como signos de estrés emocional. Adoptar una actitud amable y compresiva, aunque a la vez de firmeza, ante los excesivos requerimientos de cuidados.
- No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo porque las vivencias previas entre ellos nos son desconocidas.
- Si la familia insiste en la administración de sueros, indicarle pacientemente que estos no son necesarios durante la agonía y que pueden producir más problemas que beneficios (aumento de edemas, secreciones, venopunciones, etc.).
- Las preguntas que la familia suele hacer al equipo sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo reflejan la angustia que padecen y/o los deseos

de que el paciente no sufra más. No deben ser juzgadas como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.

- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si necesitan algo. No es necesario decirles nada en especial, solo ofrecerles ayuda y facilitar que expresen su dolor si así lo desean.
- Del tipo de relación establecido con la familia dependerá la eficacia de las medidas de apoyo dirigidas a ella, para lo cual es indispensable crear un clima de confianza en fases previas.
- La información continua y asequible a los familiares es el elemento esencial que les permitirá afrontar con mayor serenidad el final, además de evitar demandas terapéuticas poco realistas al equipo (mayor intervención médica o administración de sueros, etc.).
- Quizás los familiares avisen al profesional de enfermería por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que puede que antes no hayan visto nunca morir a nadie. El desconocimiento del proceso les impulsará a preguntar sobre todo lo que este ocurriendo para comprobar si es normal.
- En todo la evolución de la enfermedad terminal, debemos ofrecer nuestro apoyo a la familia, mediante una adecuada información, escucha activa, comprensión, etc.

BIBLIOGRAFIA

- Biblioteca Enfermería profesional. Bloque médico-quirúrgico. N° 9 -8.
- Interamericana. McGRAW-HILL. 2ª edición 1994.
- Tratado de enfermería práctica. Du Gas.
- Interamericana. McGRAW-HILL. 3ª edición 1979.
- Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA.
- Paciente terminal y muerte. Ediciones Doyma S.A. 1 987
- Dolor. Manual clínico para la practica enfermera. McCafLery
- Dolor. Protocolos. L. Aliaga Font.
- Manual para la administración de medicamentos. Baxter.
- Farmacología para enfermeras. Mosquera.

